

介護老人保健施設にしかた 介護予防通所リハビリテーションサービス 利用料金表(平成29年4月～)

1) 保険給付の自己負担額(1月あたり)

※当施設は介護報酬 地域区分(7級地)に該当することから、自己負担額につきましては1単位10.17円の金額を記載しています。
介護保険請求の計算上、端数処理の関係上、若干の誤差が生じる場合がありますのでご了承ください。

要支援区分	単位	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)
要支援1	1812 単位	1843 円	3686 円
要支援2	3715 単位	3779 円	7557 円

●加算

項目	単位	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)
若年性認知症利用者受入加算/月	240 単位	244 円	488 円
運動機能向上加算/月	225 単位	229 円	458 円
栄養改善加算/月	150 単位	153 円	305 円
口腔機能向上加算/月	150 単位	153 円	305 円
選択的サービス複数実施加算(I)	480 単位	489 円	977 円
選択的サービス複数実施加算(II)	700 単位	712 円	1424 円

項目	単位	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)
サービス提供体制強化加算(I)イ要支援1/月※1	72 単位	74 円	147 円
サービス提供体制強化加算(I)イ要支援2/月※1	144 単位	147 円	293 円
サービス提供体制強化加算(I)ロ要支援1/月※1	48 単位	49 円	98 円
サービス提供体制強化加算(I)ロ要支援2/月※1	96 単位	98 円	196 円
サービス提供体制強化加算(II)要支援1/月※1	24 単位	25 円	49 円
サービス提供体制強化加算(II)要支援2/月※1	48 単位	49 円	98 円
介護職員処遇改善加算(I)/月※1	所定単位数の47/1000	左記の1割	左記の2割
介護職員処遇改善加算(II)/月※1	所定単位数の34/1000		
介護職員処遇改善加算(III)/月※1	所定単位数の19/1000		
介護職員処遇改善加算(IV)/月※1	所定単位数の19/1000の90%		
介護職員処遇改善加算(V)/月※1	所定単位数の19/1000の80%		

【介護職員処遇改善加算について】

介護職員の処遇改善の取組として、介護報酬において介護職員処遇改善加算として実施されています。介護職員処遇改善加算の計算方法は、介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×4.7%<処遇改善加算Iの場合 1単位未満の端数四捨五入>×地域単価(10.17)となり、ご利用者様負担額は、上記額-(上記額×0.9もしくは0.8(1円未満切り捨て))となります。

地域単価(10.17円)×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

(〇〇円×0.9もしくは0.8(1円未満切り捨て))=△△円(ご利用者様負担額)

のご利用料金の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※1の加算につきましては、全てのご利用者様に一律で加算が発生致しますので、ご確認下さい。

〇〇円-

実際

2) その他の利用料

項目		利用料金額
食費	昼食	720 円
	夕食	630 円
日常生活品費/1日		150 円
教養娯楽費/1日		140 円
おむつ類	おむつ 紙おむつ (1枚につき)	170 円
	おむつ パンツ型 (1枚につき)	170 円
	尿取りパット (1枚につき)	60 円
汚物洗濯代 (1枚につき)		100 円
特別な食事		実費
送迎費用(保険外費用:片道) 10km未満		216 円 (税込み)
送迎費用(保険外費用:片道) 10km以上		324 円 (税込み)
時間延長料金(保険外) (1時間につき)		800 円
複写物の交付 (1枚につき)		11 円 (税込み)

※料金を掲示したものの以外に、ご利用者からの依頼により購入する日用品等については実費を徴収します。