

セイフティー信和(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所料金表

令和6年4月1日現在

|                                  | 要支援1  | 要支援2   | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
|----------------------------------|---|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| 介護予防・介護保険1割負担<br>(基本額・単位数) 1月につき | 3,450円                                      | 6,972円   | 10,458円 | 15,370円 | 22,359円 | 24,677円 | 27,209円 |
| 加算項目(利用者全員)                      | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                             | 1月につき750円を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
|                                  | 看護職員配置加算(Ⅱ)                                 | 1月につき700円を負担いただきます。(但し、要支援者を除く。)   |         |         |         |         |         |
|                                  | 総合マネジメント体制強化加算                              | 1月につき1,200円を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
|                                  | 訪問体制強化加算                                    | 1月につき1,000円を負担いただきます。(但し、要支援者を除く。)   |         |         |         |         |         |
|                                  | 科学的介護推進体制加算                                 | 1月につき40円を負担いただきます。   |         |         |         |         |         |
|                                  | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)                               | 月の総単位数に10.2%を乗じた金額を負担いただきます。   |         |         |         |         |         |
|                                  | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)                            | 月の総単位数に1.5%を乗じた金額を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
|                                  | 介護職員等ベースアップ等支援加算                            | 月の総単位数に1.7%を乗じた金額を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
| 加算項目(該当者のみ)                      | 初期加算  | 利用開始日から30日以内の期間及び30日を超える病院又は診療所への入院後に再び利用した場合につきましては、1日あたり30円を負担いただきます。        |         |         |         |         |         |
|                                  | 認知症加算(Ⅱ)                                    | 日常生活に支障をきたすおそれのある症状、行動が認められる場合1月につき890円を負担いただきます。(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴに該当される方)         |         |         |         |         |         |
|                                  | 認知症加算(Ⅳ)                                    | 要介護状態区分が要介護2であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする場合1月につき460円を負担いただきます。(日常生活自立度Ⅱに該当される方) |         |         |         |         |         |
|                                  | 若年性認知症受入加算                                  | 1月につき800円を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
|                                  | 口腔・栄養スクリーニング加算                              | 6か月に1回を限度とし、20円/回を負担いただきます。  |         |         |         |         |         |
|                                  | ※その他重要事項説明書に記載している加算につきましては、今後算定を行う場合があります。 |  |         |         |         |         |         |
| 保険外自己負担分                         | 宿泊費   | 1泊 2,100円  |         |         |         |         |         |
|                                  | 食費  | 1日 1,530円(朝食400円 昼食580円 夕食550円)  |         |         |         |         |         |
|                                  | トロミ代  | 20円/日  |         |         |         |         |         |
|                                  | レンタルテレビ代                                    | 100円/日   |         |         |         |         |         |
|                                  | その他   | その他、日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費負担いただきます。                       |         |         |         |         |         |

備考

- 上記基本額及び加算額については1割負担の場合の金額です。
- お支払方法につきましては、原則口座振替でお願いいたします。引落日につきましては、翌月26日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)となります。
- 原爆被爆者手帳、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証をお持ちの方はご提示ください。
- 月の途中で登録、利用された場合及び登録解除された場合につきましては、基本額は日割り計算となります。