

様

株式会社T-NEXT

代表取締役 辻 博樹

令和6年度介護報酬改定に関するお知らせ

(兼料金説明および重要事項説明書)

皆様ご清栄のこととお慶び申し上げます。また、日ごろは本事業の運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、みだしの通り令和6年4月1日より介護報酬が改定されます。弊社でも厚生労働省の取り組みに沿い、より高い機能を持った通所介護事業所を運営する事で利用者様、家族様に安心してご利用頂けるよう努めて参ります。

ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

ネクストリハビリテーションセンター 料金表

■令和6年4月1日～

介護保険適用分		基本単位数	1割負担	2割負担	3割負担	
基本 料 金	要介護 1	3時間以上 4時間未満	416 単位	422 円/日	844 円/日	1266 円/日
	要介護 2		478 単位	485 円/日	970 円/日	1454 円/日
	要介護 3		540 単位	548 円/日	1095 円/日	1643 円/日
	要介護 4		600 単位	609 円/日	1217 円/日	1826 円/日
	要介護 5		663 単位	673 円/日	1345 円/日	2017 円/日
加 算 料 金	個別機能訓練加算 (I) □		76 単位/回	77 円/回	154 円/回	231 円/回
	個別機能訓練加算 (II)		20 単位/月	21 円/月	41 円/月	61 円/月
	ADL 維持等加算 (I)		30 単位/月	31 円/月	61 円/月	92 円/月
	ADL 維持等加算 (II)		60 単位/月	61 円/月	122 円/月	183 円/月
	科学的介護推進体制加算		40 単位/月	41 円/月	81 円/月	122 円/月
	口腔機能向上加算 (II)		160 単位/回 (月2回まで)	163 円/回	325 円/回	487 円/回
	サービス提供体制加算 (I)		22 単位/回	23 円/回	45 円/回	67 円/回
	送迎減算		-47 単位/回	-48 円/回	-96 円/回	-143 円/回
	介護職員処遇改善加算 (I)・・・総単位数 (本来は一ヶ月分) の 5.9%					
	介護職員等特定処遇改善加算 (I)・・・総単位数 (本来は一ヶ月分) の 1.2%					
介護職員等ベースアップ等支援加算・・・総単位数 (本来は一ヶ月分) の 1.1%						

※東浦町の等級は7等級です。1単位当たりの金額 10.14 円です。

1回につき約 _____ 円 説明者 _____

説明を受け同意いたします。

令和 6 年 月 日

本人及び署名代行者

様

株式会社T-NEXT

代表取締役 辻 博樹

令和6年度介護報酬改定に関するお知らせ

(兼料金説明および重要事項説明書)

皆様ご清栄のこととお慶び申し上げます。また、日ごろは本事業の運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、みだしの通り令和6年4月1日より介護報酬が改定されます。弊社でも厚生労働省の取り組みに沿い、より高い機能を持った通所介護事業所を運営する事で利用者様、家族様に安心してご利用頂けるよう努めて参ります。

ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

ネクストリハビリテーションセンター 料金表

■令和6年4月1日～

介護保険適用分		単位数/月	1割負担	2割負担	3割負担	
基本料金	要支援1 事業対象者(週1回)	3時間以上 4時間未満	1798 単位/月	1824 円/月	3647 円/月	5470 円/月
	要支援2 事業対象者(週2回)		3621 単位/月	3672 円/月	7344 円/月	11015 円/月
加算料金	口腔機能向上加算(Ⅱ)		160 単位/月	163 円/月	325 円/月	487 円/月
	一体的サービス提供加算		480 単位/月	487 円/月	974 円/月	1461 円/月
	科学的介護推進体制加算		40 単位/月	41 円/月	81 円/月	122 円/月
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88 単位/月	90 円/月	179 円/月	268 円/月
		要支援2	176 単位/月	179 円/月	357 円/月	536 円/月
	送迎減算		-47 単位/片道	-48 円/月	-96 円/月	-143 円/月
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・・・ 総単位数(本来は一ヶ月分)の5.9%					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・・・ 総単位数(本来は一ヶ月分)の1.2%						
介護職員等ベースアップ等支援加算・・・ 総単位数(本来は一ヶ月分)の1.1%						

※東浦町の等級は7等級です。1単位当たりの金額10.14円です。

1月につき 約 _____ 円 説明者 _____

説明を受け同意いたします。

令和 6 年 月 日

本人及び署名代行者
