

事業所は併設型認知症対応型通所介護となります。 (地域区分単価 11.1 円)

要介護度、負担割合に応じた利用者負担額と、昼食代等に係る自己負担額をお支払いください。

【基本部分】

	要介護度	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額			
				1割	2割	3割	
1 日 に つ き	3時間以上 4時間未満	要介護1	491	5,450円	545円	1,090円	1,635円
		要介護2	541	6,005円	601円	1,201円	1,802円
		要介護3	589	6,537円	654円	1,308円	1,962円
		要介護4	639	7,092円	710円	1,419円	2,128円
		要介護5	688	7,636円	764円	1,528円	2,291円
	4時間以上 5時間未満	要介護1	515	5,716円	572円	1,144円	1,715円
		要介護2	566	6,282円	629円	1,257円	1,885円
		要介護3	618	6,859円	686円	1,372円	2,058円
		要介護4	669	7,425円	743円	1,485円	2,228円
		要介護5	720	7,992円	800円	1,599円	2,398円
	5時間以上 6時間未満	要介護1	771	8,558円	856円	1,712円	2,568円
		要介護2	854	9,479円	948円	1,896円	2,844円
		要介護3	936	10,389円	1,039円	2,078円	3,117円
		要介護4	1,016	11,277円	1,128円	2,256円	3,384円
		要介護5	1,099	12,198円	1,220円	2,440円	3,660円
	6時間以上 7時間未満	要介護1	790	8,769円	877円	1,754円	2,631円
		要介護2	876	9,723円	973円	1,945円	2,917円
		要介護3	960	10,656円	1,066円	2,132円	3,197円
		要介護4	1,042	11,566円	1,157円	2,314円	3,470円
		要介護5	1,127	12,509円	1,251円	2,502円	3,753円
7時間以上 8時間未満	要介護1	894	9,923円	993円	1,985円	2,977円	
	要介護2	989	10,977円	1,098円	2,196円	3,294円	
	要介護3	1,086	12,054円	1,206円	2,411円	3,617円	
	要介護4	1,183	13,131円	1,314円	2,627円	3,940円	
	要介護5	1,278	14,185円	1,419円	2,837円	4,256円	
8時間以上 9時間未満	要介護1	922	10,234円	1,024円	2,047円	3,071円	
	要介護2	1,020	11,322円	1,133円	2,265円	3,397円	
	要介護3	1,120	12,432円	1,244円	2,487円	3,730円	
	要介護4	1,221	13,553円	1,356円	2,711円	4,066円	
	要介護5	1,321	14,663円	1,467円	2,933円	4,399円	

【加算】 *該当加算は○印

		単位数	費用額 (10割)	利用者負担額			該当加算 (○印)
				1割	2割	3割	
延長加算 (8時間以上9時間未満に引き続く場合)	9時間以上 10時間未満	50	555円	56円	111円	167円	
入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき	40	444円	45円	89円	134円	○
入浴介助加算(Ⅱ)	1日につき	55	610円	61円	122円	183円	○
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき	100	1,110円	111円	222円	333円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき	200	2,220円	222円	444円	666円	
(個別機能訓練加算を算定している場合)	1月につき	100	1,110円	111円	222円	333円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)	1日につき	27	299円	30円	60円	90円	○
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき	20	222円	23円	45円	67円	○
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月につき	30	333円	34円	67円	100円	
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月につき	60	666円	67円	134円	200円	○
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60	666円	67円	134円	200円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	555円	56円	111円	167円	
栄養改善加算(月2回を限度)	1回につき	200	2,220円	222円	444円	666円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	1回につき	20	222円	23円	45円	67円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	1回につき	5	55円	6円	11円	17円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)	1回につき	150	1,665円	167円	333円	500円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回を限度)	1回につき	160	1,776円	178円	356円	533円	
科学的介護推進体制加算	1月につき	40	444円	45円	89円	134円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	22	244円	25円	49円	74円	○
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1回につき	18	199円	20円	40円	60円	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1回につき	6	66円	7円	14円	20円	
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	1月につき	基本部分単位数×3.0%(1単位未満の端数は四捨五入)					

【介護職員等処遇改善加算】

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき	* 総単位数×18.1%(1単位未満の端数は四捨五入)	○
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき	* 総単位数×17.4%(1単位未満の端数は四捨五入)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1月につき	* 総単位数×15.0%(1単位未満の端数は四捨五入)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1月につき	* 総単位数×12.2%(1単位未満の端数は四捨五入)	

* 総単位数とは、要介護度別基本サービス費+各種加算・減算

当該加算は、すべての契約者に加算され、区分支給限度基準額の算定対象外

【減算】

		単位数	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割	2割	3割
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合	1日につき	-94	-1,043円	-105円	-209円	-313円
*ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。						
送迎なし(片道)	1回につき	-47	-521円	-53円	-105円	-157円
高齢者虐待防止措置未実施減算			基本報酬から-1%(-1/100)			
業務継続計画未策定減算			基本報酬から-1%(-1/100)			

【介護給付対象外サービスの利用料】

昼食代	1食	650円
おむつ代	1組	実費
個別に希望される活動に係る費用等	1回	実費
サービス実施記録等の複写物の請求	1枚	10円

【昼食代不要時の負担額】 *前日が休業日の場合は、直前の営業日

利用日の前日5時まで連絡をいただいた場合	負担額なし
利用日の前日5時から、当日午前9時まで連絡をいただいた場合	400円
利用日の当日午前9時以降に連絡をいただいた場合	650円