介護予防認知症対応型通所介護　別紙料金表

令和4年10月1日より

事業所は　併設型　介護予防認知症対応型通所介護　となります。

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	要支援1	428	4,750円	475円	950円	1,425円
		要支援2	475	5,272円	528円	1,055円	1,582円
	4時間以上5時間未満	要支援1	448	4,972円	498円	995円	1,492円
		要支援2	497	5,516円	552円	1,104円	1,655円
	5時間以上6時間未満	要支援1	666	7,392円	740円	1,479円	2,218円
		要支援2	742	8,236円	824円	1,648円	2,471円
	6時間以上7時間未満	要支援1	683	7,581円	759円	1,517円	2,275円
		要支援2	761	8,447円	845円	1,690円	2,535円
	7時間以上8時間未満	要支援1	771	8,558円	856円	1,712円	2,568円
		要支援2	862	9,568円	957円	1,914円	2,871円
	8時間以上9時間未満	要支援1	796	8,835円	884円	1,767円	2,651円
		要支援2	889	9,867円	987円	1,974円	2,961円

【加算】 ＊該当加算は〇印

	要介護度	単位数	費用額（10割）	利用者負担額			該当加算（〇印）
				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	〇
入浴介助加算（Ⅱ）	1日につき	55	610円	61円	122円	183円	〇
個別機能訓練加算（Ⅰ）	1日につき	27	299円	30円	60円	90円	〇
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月につき	20	222円	23円	45円	67円	〇
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	
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	
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	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）	1月につき	150	1,665円	167円	333円	500円	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1月につき	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日につき	22	244円	25円	49円	74円	〇
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日につき	18	199円	20円	40円	60円	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日につき	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）**	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	**＊ 総単位数×10.4%（1単位未満の端数は四捨五入）**	〇
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	**＊ 総単位数×3.1%（1単位未満の端数は四捨五入）**	〇
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1月につき	**＊ 総単位数×2.4%（1単位未満の端数は四捨五入）**	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	**＊ 総単位数×2.3%（1単位未満の端数は四捨五入）**	〇

＊ 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	−104円	−208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	−52円	−104円	−156円

【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	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時までに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時までに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