

～**利用料金**～（詳しくは担当職員にお尋ね下さい）

○**通所介護（通常規模型）【要介護対象】**

1割負担の場合 ※自己負担額は負担割合証に応じた額となります。

1単位＝10.14円【各単位数に10.14(7級地)を乗じた額の合計の1割が自己負担額となります】

【基本料金】 1回につき

・通常規模型通所介護費／回	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用時間5時間以上6時間未満	567単位	670単位	773単位	876単位	979単位
利用時間6時間以上7時間未満	581単位	686単位	792単位	897単位	1,003単位
利用時間7時間以上8時間未満	655単位	773単位	896単位	1,018単位	1,142単位

※事業所の送迎を希望される場合は基本『6時間以上7時間未満』の利用時間帯となります。

【各種加算（要介護1～5共通）】

・個別機能訓練加算（Ⅰ） □ （Ⅱ）	（Ⅰ） □85単位／回 （Ⅱ） 20単位／月
・入浴介助加算（Ⅰ）	40単位／回
・口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位（選択的サービス/月2回まで）
・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位／回
・科学的介護推進体制加算	40単位／月
・送迎減算（家族送迎）	-47単位／片道

毎月算定した総単位の％分の一部負担金をいただきます。

・中山間地域加算	5.0％／月（※1）
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	5.9％／月
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1.2％／月
・介護職員等 ^ペ - ^ス ア ^ッ 等支援加算	1.1％／月

【介護保険対象外】

・食費	700円／回（実費負担）
-----	--------------

○**介護予防通所介護サービス【要支援対象】**

1割負担の場合 ※自己負担額は負担割合証に応じた額となります。

1単位＝10.14円【各単位数に10.14(7級地)を乗じた額の合計の1割が自己負担額となります】

【基本料金】 1ヶ月につき

介護予防通所介護費／月	要支援1	要支援2
・サービス利用料	1,672単位／月	3,428単位／月

※利用回数は要支援1が週1回、要支援2が週2回が目安です。

【各種加算】

・機能訓練（選択的サービス）		
生活機能向上グループ活動加算	100単位／月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位／月	
運動器機能向上加算	225単位／月	
運動器機能向上及び口腔機能向上加算	480単位／月	
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72単位／月	144単位／月
・科学的介護推進体制加算	40単位／月	
毎月算定した総単位の％分の一部負担金をいただきます。		
・中山間地域加算	5.0％／月（※1）	
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	5.9％／月	
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1.2％／月	
・介護職員等ヘルプ等支援加算	1.1％／月	

【介護保険対象外】

・食費	700円／回（実費負担）
-----	--------------

【要支援・要介護共通留意事項】

※1. 通常の事業実施地域外からのご利用の場合所定単位数の5％分の一割負担金をいただきます。

☆ 食費は食材費と調理費並びにおやつ代を含んだものです。

☆ 排泄用品は各自でご準備ください。事業所のものを使用した場合は実費となります。

【料金例】 ※1割負担の場合

<p>（要介護1） 1回あたり・・・1,038円（介護保険請求額）+700円（食費）=1,738円 月9回利用・・・1,738円×9回=15,642円</p> <p>※利用時間6時間以上7時間未満、加算は送迎減算と中山間地域加算を除く</p> <p>（要支援2） 1ヶ月あたり・・・4,211円（介護保険請求額）+700円（食費）×利用回数 月9回利用・・・4,211円+6,300円（700円×9回）=10,511円</p> <p>加算は選択的サービスは運動器機能訓練を選択、中山間地域加算は除く</p>
