

～**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）
・認知症加算	60単位／回
・科学的介護推進体制加算	40単位／月
・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位／回
・中重度者ケア体制加算	45単位／回
・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	
・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88単位/月	176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	
・ 介護職員等ベースアップ等支援加算	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・・・1,159円（介護保険請求額）+700円（食費）=1,859円</p> <p>月9回利用・・・1,859円×9回=16,731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・・・4,286円（介護保険請求額）+700円（食費）×利用回数</p> <p>月9回利用・・・4,286円+6,300円（700円×9回）=10,586円</p> <p>加算は選択的サービスは口腔機能向上を選択、中山間地域加算は除く</p>

