

【料 金 表】

◆ 通所介護（事業所規模：通常規模、地域区分 1単位：10.14円）

提供時間：7時間以上8時間未満					
介護度	基本単位	利用料金	利用者負担額		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	658	6,672	668	1,335	2,002
要介護2	777	7,878	788	1,576	2,364
要介護3	900	9,126	913	1,826	2,738
要介護4	1,023	10,373	1,038	2,075	3,112
要介護5	1,148	11,640	1,164	2,328	3,492
提供時間：6時間以上7時間未満					
要介護1	584	5,921	593	1,185	1,777
要介護2	689	6,986	699	1,398	2,096
要介護3	796	8,071	808	1,615	2,422
要介護4	901	9,136	914	1,828	2,741
要介護5	1,008	10,221	1,023	2,045	3,067
提供時間：5時間以上6時間未満					
要介護1	570	5,779	578	1,156	1,734
要介護2	673	6,824	683	1,365	2,048
要介護3	777	7,878	788	1,576	2,364
要介護4	880	8,923	893	1,785	2,677
要介護5	984	9,977	998	1,996	2,994
提供時間：4時間以上5時間未満					
要介護1	388	3,934	394	787	1,181
要介護2	444	4,502	451	901	1,351
要介護3	502	5,090	509	1,018	1,527
要介護4	560	5,678	568	1,136	1,704
要介護5	617	6,256	626	1,252	1,877
提供時間：3時間以上4時間未満					
要介護1	370	3,751	376	751	1,126
要介護2	423	4,289	429	858	1,287
要介護3	479	4,857	486	972	1,458
要介護4	533	5,404	541	1,081	1,622
要介護5	588	5,962	597	1,193	1,789

◆ 通所介護加算項目

	基本単位	利用料金	利用者負担額			
			1割負担額	2割負担額	3割負担額	
入浴介助加算Ⅰ	40	405	41	81	122	
入浴介助加算Ⅱ	55	557	56	112	168	
個別機能訓練加算Ⅰ	イ	56	567	57	114	171
	ロ	76	770	77	154	231
個別機能訓練加算Ⅱ	20	202	21	41	61	
生活機能向上連携加算Ⅰ	100/月	1014	102	203	305	
生活機能向上連携加算Ⅱ	個別機能訓練加算を算定していない場合	200/月	2,028	203	406	609
	個別機能訓練加算を算定している場合	100/月	1,014	102	203	305
ADL維持等加算Ⅰ	30/月	304	31	61	92	
ADL維持等加算Ⅱ	60/月	608	61	122	183	
ADL維持等加算Ⅲ	3/月	30	3	6	9	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20/月	202	21	41	61	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5/月	50	5	10	15	
栄養アセスメント加算	50/月	507	51	102	153	
栄養改善加算	200/月	2,028	203	406	609	
口腔機能向上加算Ⅰ	150/月	1,521	153	305	457	
口腔機能向上加算Ⅱ	160/月	1,622	163	325	487	
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40/月	405	41	81	122	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/日	202	21	41	61	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18/日	182	19	37	55	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6/日	60	6	12	18	
中重度ケア体制加算	45/日	456	46	92	137	
認知症加算	60/日	608	61	122	183	
若年性認知症受け入れ加算	60/日	608	61	122	183	
送迎実施なし(片道)	△47	△476	△48	△96	△143	
同一建物利用者送迎減算	△94	△953	△96	△191	△286	
業務継続計画未実施減算	基準に適合していない場合所定単位数から100分の3を減算					
高齢者虐待防止措置意実施減算	必要な措置が講じられていない場合所定単位数から100分の1を減算					

* 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者様の居宅サービス計画等に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

* 処遇改善加算 9.2%が上記の自己負担額にプラスされます。

* 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

* 介護認定を受けておられない場合には、利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定決定後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。

* 今後、介護保険法改定による給付額の変更があった場合、変更された額に合わせて、負担額を変更させていただきます。

◆ その他利用料

食事代（おやつ代含む）		1回	750円
おむつ代	紙おむつ	1枚	40円
	はくパンツ	1枚	95円
	パット	1枚	20円
喫茶代（コーヒー代）		1杯	100円
特別食（行事食）		月1回程度	300円

◆ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となる費用でご利用者様負担が適当なもの、又、ご利用者様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動を行う際の材料費については、ご利用者様に負担いただきます。毎月1回外部業者による美容サービスを行います。

料金	男性・女性 : 2,500円
----	----------------

◆ キャンセル料

ご利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の当日午前8時30分までに連絡があった場合	無料
利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合	利用料金（自己負担額） 食事代