

通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費】（通常規模型）

所要時間	利用者の 要介護度	通所介護費（1回あたり）				
		単位 数※(注4) 参照	基本利用料 ※（注1）参 照	利用者負担金 （自己負担1割の場 合）※（注2）参 照	利用者負担金 （自己負担2割の場 合）※（注2）参 照	利用者負担金 （自己負担3割の場 合）※（注2）参 照
6時間以 上	要介護1	584	5,921円	593円	1,185円	1,777円
	要介護2	689	6,986円	699円	1,398円	2,096円
	要介護3	796	8,071円	808円	1,615円	2,422円
7時間未 満	要介護4	901	9,136円	914円	1,828円	2,741円
	要介護5	1008	10,221円	1,023円	2,045円	3,067円

【加算・減算】

○加算（1日または1月につき）※運営実績に基づき算定させていただきます。

種類	単位	利用料	本人負担
□ 入浴介助加算（1）	40単位	405円	41円
入浴サービスを行った場合、かつ、入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を行った場合			81円
			122円

<input type="checkbox"/> 入浴介助加算（Ⅱ） 入浴介助加算（Ⅰ）要件に加え、 医師等または医師等の指示の下、 介護職員が代わりに居宅を訪問し情報通信機器等を活用して状況把握を行い、浴室の評価・助言をした上で入浴計画を作成し、計画に基づいて入浴介助を行った場合	5 5 単位	5 5 7 円	5 6 円 1 1 2 円 1 6 8 円
<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算 規定する員数に加えて 2 以上職員を配置し、要介護 3 以上の占める割合が 30% 以上である場合	4 5 単位	4 5 6 円	4 6 円 9 2 円 1 3 7 円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅰ） イ 専従の理学療法士などを 1 名以上配置し、個別機能訓練計画に基づき、 身体機能及び生活機能の向上を目的とした機能訓練を行っている場合	5 6 単位	5 6 7 円	5 7 円 1 1 4 円 1 7 1 円

<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 加算（Ⅰ）の配置に加え、専従の理学療法士などを1名以上配置し（配置時間の定めなし）、個別機能訓練計画に基づき、身体機能及び生活機能向上を目的とした機能訓練を行っている場合	76単位	770円	77円 154円 231円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅱ） 加 算（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練計画等の内容をLIFEに提出し、フィードバックの活用をしている場合	20単位 （1月につき）	202円	21円 41円 61円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算 対 象者の総数が10人以上であり、利用開始月とその後6月毎にADLを測定し、LIFEに提出しフィードバックの活用をしている場合	（Ⅰ） 30単位 （1月につき）	304円	31円 61円 92円 訓練を実施した結果 対象者の平均ADL 利得が1以上であっ

			た場合
	(II) 60単位 (1月につき)	608円	61円 122円 183円 訓練を実施した結果 対象利用者の平均 ADL 利得が3以上で あった場合
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 管理 栄養士を1名以上配置し、多職種が 共同で栄養アセスメントを実施し説 明、必要に応じ相談に応じた場合 栄 養状態等の情報を LIFE に提出し、フィ ードバックの活用をしている場合	50単位 (1月につき) ※月2回を限度	507円	51円 102円 153円 ※栄養改善加算お よび口腔・栄養スクリ ーニング加算と併算定 不可
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算 低 栄養状態又はそのおそれのある利用	200単位 (1回につき)	2,028円	203円 406円

<p>者に対し、管理栄養士を1名以上配置し、利用開始時に多職種が共同で栄養ケア計画を作成、必要に応じて居宅を訪問した上で栄養改善サービスを実施し、定期的に記録・評価している場合</p>			<p>609円</p> <p>※3ヵ月内に月2回まで算定</p>
<p><input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>①利用開始時及び利用中6月毎に口腔の健康状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合</p> <p>②利用開始時及び利用中6月毎に栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合</p>	<p>(I) 20単位</p> <p>※6ヶ月に1回</p>	<p>202円</p>	<p>21円</p> <p>41円</p> <p>61円</p> <p>①及び②に適合</p>
	<p>(II) 5単位</p> <p>※6ヶ月に1回算定</p>	<p>50円</p>	<p>5円</p> <p>10円</p> <p>15円</p> <p>①又は②に適合</p>
<p><input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算</p> <p>口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対して、言語聴覚士等を1名以上配置し、多職種が共同</p>	<p>(I) 150単位</p> <p>(1回につき)</p> <p>※3ヶ月以内、月</p>	<p>1,521円</p>	<p>153円</p> <p>305円</p> <p>457円</p>

<p>で口腔機能改善管理指導計画を作成、計画に従い口腔機能向上サービスを実施し、定期的に記録・評価している場合</p>	<p>2回を限度</p> <p>(II) 160単位</p> <p>(1回につき)</p> <p>※3ヶ月以内、月2回を限度</p>	<p>1,622円</p>	<p>163円</p> <p>325円</p> <p>487円</p> <p>※加算(Ⅰ)に加え計画等の情報をLIFEに提出し、フィードバックを受けている場合</p>
<p><input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 心身の状況などの基本的な情報をLIFEに提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合</p>	<p>40単位</p> <p>(1月につき)</p>	<p>405円</p>	<p>41円</p> <p>81円</p> <p>122円</p>
<p><input type="checkbox"/> 送迎減算</p> <p>居宅と事業所間の送迎を行わな</p>	<p>-47単位</p>	<p>-476円</p>	<p>-48円</p> <p>-96円 -</p>

った場合			143円
<input type="checkbox"/> 同一建物減算	- 94単位 (一日につき)	- 953円	- 96円 - 191円 - 286円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算職員の 配置状況により算定する	(I) 22単位	223円	23円 45円 67円 ※介護職員総数のう ち、介護福祉士の占 める割合が70%以上 または勤続10年以 上介護福祉士が 25%以上
	(II) 18単位	182円	19円 37円 55円 ※介護職員総数の うち、介護福祉士の

			占める割合が 50%以上
	(Ⅲ) 6 単位	6 0 円	6 円 1 2 円 1 8 円 介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上 または勤続 7 年以上が 30%以上
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ③賃金の改善、職場環境の更なる改	(Ⅰ)	算定した単位数の 9. 2 % ①②③④に該当	
	(Ⅱ)	算定した単位数の 9. 0 % ①②③に該当	
	(Ⅲ)	算定した単位数の 8. 0 % ①②に該当	

善	(IV)	算定した単位数の
④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置		6.4% ①に該当

加算等の種類	加算・減算額（1回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合）※（注2）参照	利用者負担金 （自己負担2割の場合）※（注2）参照	利用者負担金 （自己負担3割の場合）※（注2）参照
入浴介助加算（1）	40	405円	41円	81円	122円
口腔機能向上加算（1）（月2回まで）	150	1,521円	153円	305円	457円
個別機能訓練加算（1）イ	56	567円	57円	114円	171円

送迎減算 (片道につき)	▲ 4 7	▲ 4 7 6 円	▲ 4 8 円	▲ 9 6 円	▲ 1 4 3 円
サービス提供体制強化加算 (1)	2 2	2 2 3 円	2 3 円	4 5 円	6 7 円
介護職員処遇改善加算 (1)	(基本利用料+各種加算減算)の9.2%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.14を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(注4) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経

営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

(2) その他の費用

食費	昼食代 850円 おやつ代 150円
おむつ代等	紙おむつ 実費/枚 パッド 実費/枚
交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道50円/kmをいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日17時までに事業所に申し出てください。利用日の前営業

日 17 時までには連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
体調不良でご利用日、当日 8 時までにはキャンセルの連絡を頂いた場合	無料
自己都合でキャンセルの連絡を頂けなかった場合	食費代相当 1,000 円

(4) 支払い方法

毎月、15 日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、26 日までにお支払ください。