

**通 所 介 護**

【介護給付】 〈サービス利用料金〉（契約書第6条参照）

○対象者：要介護1～5

| 要介護<br>状態<br>区分 | 介護保険一部負担分（単位：円）<br>1日分の利用料金＝①＋②＋③＋④＋⑤   |                              |                   |           |                                    |             | 実<br>費<br>1回 | 1日分<br>総 額<br>①＋②＋④＋⑤＋⑥<br>＋(③)<br>( )内は対象者のみ |
|-----------------|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------|------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------------------------------|
|                 | ①介護<br>サービス費<br>7h～8h<br>(送迎片道<br>47含む) | ②サービ<br>ス提供体<br>制強化加<br>算(I) | ③<br>個別機能<br>訓練加算 |           | ④<br>科学的<br>介護推進<br>体制加算<br>1ヶ月に1回 | ⑤<br>入<br>浴 | ⑥<br>食費      |                                               |
| 要介護<br>1        | 658                                     | 22                           | 対象者<br>56         | 対象者<br>76 | 40                                 | 40          | 500          | 1,260 円<br>(対象者③＝76 円)                        |
| 要介護<br>2        | 777                                     |                              |                   |           |                                    |             |              | 1,379 円<br>(対象者③＝76 円)                        |
| 要介護<br>3        | 900                                     |                              |                   |           |                                    |             |              | 1,502 円<br>(対象者③＝76 円)                        |
| 要介護<br>4        | 1,023                                   |                              |                   |           |                                    |             |              | 1,625 円<br>(対象者③＝76 円)                        |
| 要介護<br>5        | 1,148                                   |                              |                   |           |                                    |             |              | 1,750 円<br>(対象者③＝76 円)                        |

・上記の介護保険一割負担のうち、サービス提供体制強化加算以外のサービスは、利用した場合のみお支払い頂きます。

※個別機能訓練加算について、イとロは併せての算定は不可とし、イは機能訓練指導員が1名しか配置されていない時にさんていすることとし、ロは機能訓練指導員が2名以上配置されている時間のみ算定することとする。

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上と診断されている方（利用者総数の占める割合が、100分の15以上となった場合のみ）は、上記の利用料金に60円が加算されます。

※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ：食事形態、義歯（自歯）の状態、飲み込みの状態等、口腔の健康状態等を6ヶ月ごとに確認し、20単位加算されます。

担当する介護支援専門員へ情報提供します。

※科学的介護推進体制加算：利用者のADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等の状態をデータ化し、作成した計画書に基づき、サービス提供します。一定期間提供したサービスの結果を評価し、利用者の状態に合わせたサービスの改善を行います。この繰り返しにて、ケアの質の向上を図ります（データは厚生労働省へ提出となります）。上記の利用料金に毎月40単位が加算されます。

※送迎減算：自宅から当事業所間の送迎で、当事業所の公用車を利用しない場合、片道につき47単位減算されます。

※介護保険一部負担総額に対して、9.2%分の介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）を翌月にお支払い頂きます。

※通所介護等において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の対応として：感染症また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前年度の月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合、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3%を加算させていただきます。

**第1号通所事業〈サービス利用料金〉**

○通所介護相当サービス

対象者：要支援1・要支援2・更新者

※事業対象者は利用不可

| 要支援<br>状態区分     | 介護保険一部負担分（単位：円）<br>1ヶ月あたりの基本料金＝①＋②＋③ |                  |                        |                      | 実 費<br>利用1回 | 1ヶ月総 額<br>①＋②＋③＋<br>(④×利用回数)            |
|-----------------|--------------------------------------|------------------|------------------------|----------------------|-------------|-----------------------------------------|
|                 | 利用<br>回数                             | ①<br>介護<br>サービス費 | ②<br>サービス提供<br>体制強化加算Ⅰ | ③<br>科学的介護推進<br>体制加算 | ④食費         |                                         |
| 要支援<br>1<br>更新者 | 回数に<br>関係<br>なく                      | 1,798            | 88                     | 40                   | 500         | 1,798円＋88円<br>＋40円<br>＋(500円×利用<br>回数)  |
| 要支援<br>2        | 週1回<br>程度                            | 1,811            | 88                     | 40                   | 500         | 1,811円＋88円<br>＋40円<br>＋(500円×利用<br>回数)  |
|                 | 週2回<br>程度                            | 3,621            | 176                    |                      |             | 3,621円＋176円<br>＋40円<br>＋(500円×利用<br>回数) |

※1ヶ月の基本料金は、毎月初めの請求書を確認の上、お支払い頂きます（⑥食事代含む）。

※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ：食事形態、義歯（自歯）の状態、飲み込みの状態等、口腔の健康状態等を6ヶ月ごとに確認し、20単位加算されます。  
担当する介護支援専門員へ情報提供します。

※科学的介護推進体制加算：利用者のADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等の状態をデータ化し、作成した計画書に基づき、サービス提供します。一定期間提供したサービスの結果を評価し、利用者の状態に合わせたサービスの改善を行う。この繰り返しのことで、ケアの質の向上を図ります。

（データは厚生労働省へ提出となります。）

上記の利用料金に40単位が加算されます。

※送迎減算：自宅から当事業所間の送迎で、当事業所の公用車を利用しない場合、片道につき47単位減算されます。

※介護保険一部負担総額に対して、9.2%分の介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）を翌月にお支払い頂きます。

○生きがい型デイサービス（通所A） 対象者：事業対象者・要支援1・要支援2・更新者

| 要支援<br>状態区分                  | 介護保険一部負担分（単位：円）<br>1ヶ月あたりの基本料金＝①＋② |          | 実 費<br>利用のつど1回 |     | 1ヶ月<br>総 額          |
|------------------------------|------------------------------------|----------|----------------|-----|---------------------|
|                              | 利用回数                               | ①介護サービス費 | ②入浴            | ③食費 | ①＋（②＋③×利用回数）        |
| 事業対象者<br><br>要支援1<br><br>更新者 | 月4回まで                              | 305      | 500            | 500 | 305円/回数＋（②＋③×利用回数）  |
|                              | 月5回以上                              | 1,318    |                |     | 1,318円/月＋（②＋③×利用回数） |
| 要支援2                         | 週1回 程度                             | 月4回まで    | 500            | 500 | 305円/回数＋（②＋③）       |
|                              |                                    | 月5回以上    |                |     | 1,318円/月＋（②＋③）      |
|                              | 週2回 程度                             | 月8回まで    |                |     | 305円/回数＋（②＋③）       |
|                              |                                    | 月9回以上    |                |     | 2,702円/月＋（②＋③）      |

②入浴：実費負担となります

※介護保険一部負担総額に対して、9.2%分の介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）を翌月にお支払い頂きます。