

地域密着型通所介護 デイサービス諸岡 利用料

(1) 契約者の方にお支払いいただく契約者負担金は、下記のとおりです。

この表は介護保険負担割合証に記載されている 1 割負担の方の 7 時間以上 8 時間未満のサービス提供時間の例です。

要介護度	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
地域密着型通所介護 サービス費	787円 753単位	930円 890単位	1,079円 1,032単位	1,225円 1,172単位	1,371円 1,312単位
入浴加算 I	4 2 円／日 (40単位)				
サービス提供体制強化加算 I	2 3 円／日 (22単位)				
介護職員等処遇改善加算 I ロ (12.7%)	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
	109円／日 (104単位)	127円／日 (121単位)	146円／日 (139単位)	165円／日 (157単位)	182円／日 (174単位)
食費	6 0 0 円				
合計金額／1 日	1,561円	1,722円	1,889円	2,054円	2,218円

※要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算される一覧となります。

(介護保険負担割合証に記載されている1割負担の方の例)

入浴介助加算 (Ⅱ)	1回	55単位	58円/日
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	3月に1回	100単位	105円/月
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	1月	200単位	209円/月
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	1回	56単位	59円/日
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	1月	20単位	21円/月
A D L維持等加算 (Ⅰ)	1月	30単位	32円/月
A D L維持等加算 (Ⅱ)	1月	60単位	63円/月
若年性認知症利用者受入加算	1日	60単位	63円/日
栄養アセスメント加算	1月	50単位	53円/月
栄養改善加算	1回	200単位	209円/日
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	1月	20単位	21円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	6月に1回を限度	5単位	6円/月
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1回	150単位	157円/日
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	原則3月以内月2回限度	160単位	168円/日
科学的介護推進体制加算	1月	40単位	42円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日	18単位	19円/日

※送迎が実施されない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等事業者が送迎を実施していない場合）は減算となります。△47単位

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の条件の際は加算する。

延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヶ月間（経営改善に時間を要するその他の特別の事情があると認められる場合は1回の延長を認める）基本報酬の3%の加算を行う。

介護予防型通所サービス

要介護度	要支援 1	要支援 2	
		週1回程度	週2回程度
介護予防型通所サービス費	1, 8 7 9 円 (1, 798単位)	1, 8 7 9 円 (1, 798単位)	3, 7 8 4 円 (3, 621単位)
サービス提供体制強化加算 I	9 2 円／月 (22単位) × 4	9 2 円／月 (22単位) × 4	1 8 4 円／月 (22単位) × 8
介護職員等処遇改善加算 I ロ (12.7%)	2 5 1 円／日 (240単位)	2 5 1 円／日 (240単位)	5 0 4 円／日 (482単位)
食費	6 0 0 円 × 利用回数		
合計金額／1 月（食費除く）	2, 2 2 2 円	2, 2 2 2 円	4, 4 7 2 円

※送迎が実施されない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等事業者が送迎を実施していない場合）は減算となります。△47単位

※月途中からの契約に関しては、日割り計算となります。

※1 ヶ月の自己負担額に食事回数分が追加されます。

※利用同月中にショートステイサービスを利用した場合日割り計算となります。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）	3月に1回	100単位	1 0 5 円／月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月	200単位	2 0 9 円／月
生活機能向上グループ加算	1月	100単位	1 0 5 円／月
若年性認知症利用者受入加算	1月	240単位	2 5 1 円／日
栄養アセスメント加算	1月	50単位	5 3 円／月
栄養改善加算	原則3月以内月2回限度	200単位	2 0 9 円／日
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回を限度	20単位	2 1 円／月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6月に1回を限度	5単位	6 円／月
口腔機能向上加算（Ⅰ）	原則3月以内月1回限度	150単位	1 5 7 円／日
口腔機能向上加算（Ⅱ）	原則3月以内月1回限度	160単位	1 6 8 円／日
科学的介護推進体制加算	1月	40単位	4 2 円／月
一体的サービス提供体制加算	1月	480単位	5 0 2 円／月

- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です（※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です）。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん契約者が利用料（１０割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（９割）を請求することになります。
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合の超過額を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する居宅介護支援専門員から事前に説明があり、契約者の同意を得た上でのサービス提供となります）
- (4) 介護保険自己負担額は、平成３０年８月より、介護負担割合に基づき１割～３割のご負担となります。
- (5) その他
- ア 通常のサービス提供地域以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積りいたします）
- イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。
- A 自動口座引き落とし（指定の金融機関の口座から翌月２６日に引き落とします。）
- B 銀行振り込み（翌月２５日までに契約者の方がお振り込み願います。手数料は契約者負担となります。）