

負担割合に応じた利用者負担額と、食事に係る自己負担額をお支払いください。

大田区介護予防・日常生活支援新総合事業 第1号通所事業 利用料

はつらつ体力アップサポート		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者 負担額	利用者 負担額	利用者 負担額	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間			1割	2割	3割	
原則上限 週2回、月9回まで	2時間～ 5時間未満 (1回につき)	330	3,597円	360円	720円	1,080円	
運動機能向上加算	1月につき	225	2,452円	¥246	490円	736円	
栄養改善加算		150	1,635円	¥164	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅰ) (月2回を限度)	1回につき	150	1,635円	¥164	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅱ) (月2回を限度)		160	1,744円	¥175	327円	491円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	¥55	327円	491円	
科学的介護推進体制加算		40	436円	¥44	327円	491円	

いきいき生活機能アップサポート		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者 負担額	利用者 負担額	利用者 負担額	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間			1割	2割	3割	
原則上限 週2回、月9回まで	5時間以上 (1回につき)	385	4,196円	420円	840円	1,259円	○
運動機能向上加算	1月につき	225	2,452円	245円	490円	736円	
栄養改善加算		150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅰ) (月2回を限度)	1回につき	150	1,635円	¥164	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅱ) (月2回を限度)		160	1,744円	¥175	327円	491円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	¥55	327円	491円	
科学的会議推進体制加算		40	436円	164円	327円	491円	

第1号通所介護費

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

昼食代	1食	650円
おむつ代	1組	実 費
個別に希望される活動に係る費用	1回	実 費
サービス実施記録等の複写物の請求	1枚	10円

【昼食代不要時の負担額】 *前日が休業日の場合は、直前の営業日

利用日の前日午後5時までに連絡をいただいた場合	負担額なし
利用日の前日午後5時から、当日午前9時までに連絡をいただいた場合	400円
利用日の当日午前9時以降に連絡をいただいた場合	650円

新型コロナウイルス対応加算 ※①	基本報酬に3.0%上乗せ(3か月間)
新型コロナウイルス対応加算 ※②	基本報酬に0.1%上乗せ(4月から9月末まで)

※①新型コロナウイルス感染症に対応する特例的な措置として、総合事業通所サービスにおいて、感染症や災害の影響により、利用者数の原画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か月間、基本報酬の3.0%の加算を行う。

※②新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な措置として、令和3年4月から9月末までの間(6か月間)、基本報酬に0.1%上乗せいたします。