

事業所は 単独型 介護予防認知症対応型通所介護 となります。

要介護度、負担割合に応じた利用者負担額と、昼食代等に係る自己負担額をお支払いください。

【基本部分】

| | 要介護度 | 単位数 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | | |
|-----------------------|----------------|------|--------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 1 日 に つ き | 3時間以上 4時間未満 | 要支援1 | 474 | 5,261円 | 527円 | 1,053円 | 1,579円 |
| | | 要支援2 | 525 | 5,827円 | 583円 | 1,166円 | 1,749円 |
| | 4時間以上 5時間未満 | 要支援1 | 496 | 5,505円 | 551円 | 1,101円 | 1,652円 |
| | | 要支援2 | 550 | 6,105円 | 611円 | 1,221円 | 1,832円 |
| | 5時間以上 6時間未満 | 要支援1 | 740 | 8,214円 | 822円 | 1,643円 | 2,465円 |
| | | 要支援2 | 826 | 9,168円 | 917円 | 1,834円 | 2,751円 |
| | 6時間以上 7時間未満 | 要支援1 | 759 | 8,424円 | 843円 | 1,685円 | 2,528円 |
| | | 要支援2 | 849 | 9,423円 | 943円 | 1,885円 | 2,827円 |
| | 7時間以上 8時間未満 | 要支援1 | 859 | 9,534円 | 954円 | 1,907円 | 2,861円 |
| | | 要支援2 | 959 | 10,644円 | 1,065円 | 2,129円 | 3,194円 |
| | 8時間以上 9時間未満 | 要支援1 | 886 | 9,834円 | 984円 | 1,967円 | 2,951円 |
| | | 要支援2 | 989 | 10,977円 | 1,098円 | 2,196円 | 3,294円 |

【加算】 * 該当加算は○印

| | 要介護度 | 単位数 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | | 該当加算 (○印) |
|---------------------------------|-----------------|-----|--------------|--------|------|------|--------------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 延長加算 (8時間以上9時間未満に引き続く場合) | 9時間以上 10時間未満 | 50 | 555円 | 56円 | 111円 | 167円 | |
| 入浴加算(Ⅰ) | 1日につき | 40 | 444円 | 45円 | 89円 | 134円 | |
| 入浴加算(Ⅱ) | | 55 | 610円 | 61円 | 122円 | 183円 | |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 1日につき | 27 | 299円 | 30円 | 60円 | 90円 | |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | | 20 | 222円 | 23円 | 45円 | 67円 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1日につき | 60 | 666円 | 67円 | 134円 | 200円 | ○(対象者) |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1月につき | 100 | 1,110円 | 111円 | 222円 | 333円 | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | | 200 | 2,220円 | 222円 | 444円 | 666円 | |
| (個別機能訓練加算を算定している場合) | | 100 | 1,110円 | 111円 | 222円 | 333円 | |
| 栄養アセスメント加算 | 1月につき | 50 | 555円 | 56円 | 111円 | 167円 | |
| 栄養改善加算 | 1回につき | 200 | 2,220円 | 222円 | 444円 | 666円 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度) | 1回につき | 20 | 222円 | 23円 | 45円 | 67円 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度) | | 5 | 55円 | 6円 | 11円 | 17円 | |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 1月につき | 150 | 1,665円 | 167円 | 333円 | 500円 | |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | | 160 | 1,776円 | 178円 | 356円 | 533円 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 1月につき | 40 | 444円 | 45円 | 89円 | 134円 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 1日につき | 22 | 244円 | 25円 | 49円 | 74円 | ○ |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | | 18 | 199円 | 20円 | 40円 | 60円 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | | 6 | 66円 | 7円 | 14円 | 20円 | |

| | | | |
|-----------------------------------------|-------|---------------------------------|---|
| 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 | 1月につき | 基本部分単位数×3.0% (1単位未満の端数は四捨五入) | ○ |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 1月につき | * 総単位数×10.4%(1単位未満の端数は四捨五入) | ○ |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1月につき | * 総単位数×3.1%(1単位未満の端数は四捨五入) | ○ |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | | * 総単位数×2.4%(1単位未満の端数は四捨五入) | |

* 総単位数とは、要介護度別基本サービス費+各種加算・減算

当該加算は、すべての契約者に加算され、区分支給限度基準額の算定対象外

【減算】

| | 単位数 | 費用額 (10割分) | 利用者負担額 | | | |
|---------------------------------------------------------------|-------|---------------|---------|-------|-------|-------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物 から利用する者に通所介護を行う場合 | 1日につき | -94 | -1,043円 | -104円 | -208円 | -313円 |
| *ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。 | | | | | | |
| 送迎なし(片道) | 1回につき | -47 | -521円 | -52円 | -104円 | -156円 |

【介護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 |
| マスク代 | 1枚 | 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 |