

事業所規模区分は **通常規模** 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	要介護1	368	4,011円	402円	803円	1,204円
		要介護2	421	4,588円	459円	918円	1,377円
		要介護3	477	5,199円	520円	1,040円	1,560円
		要介護4	530	5,777円	578円	1,156円	1,734円
		要介護5	585	6,376円	638円	1,276円	1,913円
	4時間以上 5時間未満	要介護1	386	4,207円	421円	842円	1,263円
		要介護2	442	4,817円	482円	964円	1,446円
		要介護3	500	5,450円	545円	1,090円	1,635円
		要介護4	557	6,071円	608円	1,215円	1,822円
		要介護5	614	6,692円	670円	1,339円	2,008円
	5時間以上 6時間未満	要介護1	567	6,180円	618円	1,236円	1,854円
		要介護2	670	7,303円	731円	1,461円	2,191円
		要介護3	773	8,425円	843円	1,685円	2,528円
		要介護4	876	9,548円	955円	1,910円	2,865円
		要介護5	979	10,671円	1,068円	2,135円	3,202円
	6時間以上 7時間未満	要介護1	581	6,332円	634円	1,267円	1,900円
		要介護2	686	7,477円	748円	1,496円	2,244円
		要介護3	792	8,632円	864円	1,727円	2,590円
		要介護4	897	9,777円	978円	1,956円	2,934円
		要介護5	1,003	10,932円	1,094円	2,187円	3,280円
	7時間以上 8時間未満	要介護1	655	7,139円	714円	1,428円	2,142円
		要介護2	773	8,425円	843円	1,685円	2,528円
		要介護3	896	9,766円	977円	1,954円	2,930円
		要介護4	1,018	11,096円	1,110円	2,220円	3,329円
		要介護5	1,142	12,447円	1,245円	2,490円	3,735円
	8時間以上 9時間未満	要介護1	666	7,259円	726円	1,452円	2,178円
		要介護2	787	8,578円	858円	1,716円	2,574円
		要介護3	911	9,929円	993円	1,986円	2,979円
		要介護4	1,036	11,292円	1,130円	2,259円	3,388円
		要介護5	1,162	12,665円	1,267円	2,533円	3,800円

【加算】 * 該当加算は○印

		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	545円	55円	109円	164円	
生活相談員配置等加算	1日につき	13	141円	15円	29円	43円	
入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき	40	436円	44円	88円	131円	○
入浴介助加算(Ⅱ)	1日につき	55	599円	60円	120円	180円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日につき	56	610円	61円	122円	183円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日につき	85	926円	93円	186円	278円	
個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	20	218円	22円	44円	66円	
中重度者ケア体制加算	1日につき	45	490円	49円	98円	147円	
認知症加算	1日につき	60	654円	66円	131円	197円	
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60	654円	66円	131円	197円	
生活機能向上連携加	1月につき	100	1,090円	109円	218円	327円	
生活機能向上連携加 (個別機能訓練加算を算定している場合)	1月につき	200	2,180円	218円	436円	654円	
	1月につき	100	1,090円	109円	218円	327円	
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月につき	30	327円	33円	66円	99円	
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月につき	60	654円	66円	131円	197円	○
ADL維持等加算(Ⅲ)	1月につき	3	32円	4円	7円	10円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	55円	109円	164円	
栄養改善加算(月2回)	1回につき	200	2,180円	218円	436円	654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	218円	22円	44円	66円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	1回につき	5	54円	6円	11円	17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円	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回を限度)	1回につき	160	1,744円	175円	349円	524円	
科学的介護推進体制加算	1月につき	40	436円	44円	88円	131円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	22	239円	24円	48円	72円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1回につき	18	196円	20円	40円	59円	○
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1回につき	6	65円	7円	13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×5.9%(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×1.2%(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)	1月につき	* 総単位数×1.0%(1単位未満の端数は四捨五入)	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	* 総単位数×1.1%(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	1日につき	-94	-1,024円	-102円	-205円	-307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	-512円	-51円	-103円	-154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
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