

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 1割	利用者 負担額 2割	利用者 負担額 3割	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間						
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	
運動器機能向上体制加算	1月につき	225	2,452円	246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円	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅱ) (月2回を限度)		160	1,744円	175円	327円	491円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	55円	327円	491円	
科学的介護推進体制加算		40	436円	44円	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 1割	利用者 負担額 2割	利用者 負担額 3割	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間						
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	○
運動器機能向上体制加算	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円	327円	491円	
口腔機能向上加算(Ⅱ) (月2回を限度)		160	1,744円	175円	327円	491円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	55円	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。