

# 利用料金のご案内(指定通所介護)

《基本料金》

(単位：円) ※負担割合を1割で試算

項目		介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				
(1)	介護サービス費 (送迎費含む) ※送迎を実施しない場合は片道につき47減算 ※ケアハウス天の香久山に入所の場合は94減算	通常規模	2時間以上 3時間未満	272	311	351	392	432			
			3時間以上 4時間未満	370	423	479	533	588			
			4時間以上 5時間未満	388	444	502	560	617			
			5時間以上 6時間未満	570	673	777	880	984			
			6時間以上 7時間未満	584	689	796	901	1,008			
			7時間以上 8時間未満	658	777	900	1,023	1,148			
			大規模 (Ⅰ)	2時間以上 3時間未満	263	301	340	379	418		
				3時間以上 4時間未満	358	409	462	513	568		
		4時間以上 5時間未満		376	430	486	541	597			
		5時間以上 6時間未満		544	643	743	840	940			
		6時間以上 7時間未満		564	667	770	871	974			
		7時間以上 8時間未満		629	744	861	980	1,097			
		大規模 (Ⅱ)		2時間以上 3時間未満	253	290	328	365	403		
				3時間以上 4時間未満	345	395	446	495	549		
			4時間以上 5時間未満	362	414	468	521	575			
			5時間以上 6時間未満	525	620	715	812	907			
			6時間以上 7時間未満	543	641	740	839	939			
			7時間以上 8時間未満	607	716	830	946	1,059			
			(2)	食事代	700						
			(3)	おやつ代	30						
		(4)	教養娯楽費	130							
		(5)	入浴料	40							
		通常規模 合計(1回)		7時間以上 8時間未満 ご利用時	1,558	1,677	1,800	1,923	2,048		

※(3)の請求金額は、単価に消費税を加算させていただきます。

※教養娯楽費：レクリエーション材料費・行事費・クラブ活動費 他

※請求金額は、『介護サービス費』，『入浴料』に個人の負担割合及び1.014(国の定める地域区分単価)を加算させていただきます。

※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た場合、所定単位数の3%を加算をさせていただきます。

◎ 加算料金

(単位：円) ※負担割合を1割で試算

(1)	時間延長サービス体制加算		50/日	～18：00まで（9時間以上10時間未満）	
(2)	中重度者ケア体制加算		45/日	介護度3・4・5の利用者の割合が30%以上	
(3)	生活機能向上連携加算	(I)	100/月	外部のリハビリ専門職と連携し個別訓練計画を作成した場合	
		(II)	200/月	外部のリハビリ専門職が居宅を訪問し個別訓練計画を作成した場合	
			100/月	個別機能訓練加算を算定している場合	
(4)	個別機能訓練加算	(I) イ	56/日	機能訓練指導員等が、個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合	
		(I) ロ	76/日		
		(II)	20/月	利用者ごとの心身の状況等を厚生労働省に提出している	
(5)	ADL維持等加算	(I)	30/月	ADLの維持又は改善度合いが一定水準を超えた場合	
		(II)	60/月		
(6)	認知症加算		60/日	認知症利用者の割合が20%以上	
(7)	若年性認知症利用者受入加算		60/日	若年性認知症利用者を対象	
(8)	栄養アセスメント加算		50/月	管理栄養士を1名以上配置している場合	
(9)	栄養改善加算		200/回	3月以内の期間に限り1月に2回を限度	
(10)	口腔・栄養スクリーニング加算	(I)	20/回	6月に1回を限度	
		(II)	5/回		
(11)	口腔機能向上加算	(I)	150/回	3月以内の期間に限り1月に2回を限度	
		(II)	160/回		
(12)	科学的介護推進体制加算		40/月	利用者ごとの心身の状況等を厚生労働省に提出している	
(13)	サービス提供体制強化加算	(I)	22/日	介護福祉士が介護職員の70%以上、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上	
		(II)	18/日	介護福祉士が介護職員の50%以上	
		(III)	6/日	介護福祉士が介護職員の40%以上、職員総数のうち勤続年数7年以上が30%以上	
(14)	介護職員処遇改善加算	(I)	右記参照	『介護サービス費』、『入浴料』及び上記(1)～(13)を含む全ての算定加算単位数×	92/1000
		(II)			90/1000
		(III)			80/1000
		(IV)			64/1000

※請求金額は、単価に個人の負担割合及び1.014（国の定める地域区分単価）を加算させていただきます。

《介護保険給付対象外のサービス》

(単位：円)

(1)	おむつ代	実 費	持 参
(2)	通常の事業の実施地域以外の送迎（片道）	500/回	事業所の実施地域を越える地点から片道2Km毎

※(2)の請求金額は、単価に消費税を加算させていただきます。

利用料金のご案内（第1号通所事業） 橿原市

《基本料金》

(単位：円)※負担割合を1割で試算

対象者		基本チェックリスト該当者・要支援1・要支援2			
回数		週1回		週2回	
利用時間		4時間未満	4時間以上	4時間未満	4時間以上
1回	(1) 介護サービス費(送迎含む)	269	384	277	395
1回	(2) 半日入浴加算	50		50	
1回	(3) 食事代		700		700
1回	(4) おやつ代		30		30
1回	(5) 教養娯楽費	50	130	50	130
1月ご利用時 ※入浴を実施した場合		1,476(月4回)	4,976(月4回)	3,016(月8回)	10,040(月8回)

※(4)の請求金額は単価に消費税を加算させていただきます。

※教養娯楽費：レクリエーション材料費・行事費他

※請求金額は『介護サービス費』『半日入浴加算』に個人の負担割合及び1.014(国の定める地域区分単価)を加算させていただきます。

◎加算料金

(単位：円)※負担割合を1割で試算

(1)	運動器機能向上加算	225/月	専従の機能訓練指導員等を配置し、機能訓練指導員等が、機能訓練を実施した場合
(2)	栄養改善加算	200/月	管理栄養士1名以上を配置し、栄養ケア計画のもと栄養改善サービスを実施した場合
(3)	口腔機能向上加算	150/月	言語聴覚士等1名以上を配置し、口腔機能改善管理指導計画に基づいてサービスを実施した場合
(4)	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)週1回	154/月
		(Ⅰ)週2回	315/月
		(Ⅱ)週1回	150/月
		(Ⅱ)週2回	309/月
		(Ⅲ)週1回	134/月
		(Ⅲ)週2回	274/月

※請求金額は、単価に個人の負担割合及び1.014(国の定める地域区分単価)を加算させていただきます。

《介護保険給付対象外のサービス》

(単位：円)

(1)	おむつ代	実費	持参
(2)	通常の事業の実施地域以外の送迎(片道)	500/回	事業所の実施地域を越える地点から片道2Km毎

※(2)の請求金額は、単価に消費税を加算させていただきます。