

通所介護事業（通常規模事業所）第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）【利用料金】

下記によって、ご利用者の要介護度に応じた自己負担額をお支払い下さい。
 （サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

（改定日 令和6年9月1日）

基本料金

<介護給付対象サービス（1日につき）>

ご利用時間	1日あたりの自己負担分（介護保険負担割合証が1割の方）				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満	272円	311円	351円	392円	432円
3時間以上4時間未満	370円	423円	479円	533円	588円
4時間以上5時間未満	388円	444円	502円	560円	617円
5時間以上6時間未満	570円	673円	777円	880円	984円
6時間以上7時間未満	584円	689円	796円	901円	1,008円
7時間以上8時間未満	658円	777円	900円	1,023円	1,148円

注 介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の計算になります

○加算・減算

項目	加算額	加算の要件（概要）
	利用者負担（1割）	
入浴介助加算Ⅰ	40円/回	入浴介助を行った場合
個別機能訓練加算Ⅰイ	56円/回	生活機能の維持・向上を目的とした機能訓練を実施した場合
個別機能訓練加算Ⅰロ	76円/回	専従の機能訓練指導員の配置日によって加算金額が変更になります。
個別機能訓練加算Ⅱ	20円/月	個別機能加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画書の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合算定（1月につき）
科学的介護推進体制加算	40円/月	利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合算定（1月につき）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※	22円/回	次のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※	18円/回	通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上ある場合
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）※	6円/回	次のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上介護福祉士30%以上
中山間地域等提供加算	基本単位数の5%	通常の事業の実施地域を越えて送迎する場合
送迎減算	-47円/回	送迎を行わない場合（片道につき）
同一建物減算	-94円/回	通所介護事業所と同一建物に居住する利用者に通所介護を行う場合
介護職員等処遇改善加算		一定の要件を満たしていることにより介護サービスに従事している介護職員等の賃金改善に充てる事を目的とした加算で所定単位数に9.0%を乗じた単位数です。当事業所では利用者に対し通所介護サービスを行った場合一律加算します。

※ 職員配置基準により、いずれかをご負担いただきます。

注 介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の計算になります

<総合事業（介護予防通所介護相当サービス）（1月につき）>

利用者の要介護度	利用の頻度	利用者負担(1割の場合)	
		回	月
事業対象者 要支援1 要支援2	週1回程度	月4回まで	436円
		月5回	1798円
事業対象者 要支援2	週2回程度	月8回まで	447円
		月9回	3621円

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の計算になります

○加算・減算

項目	加算額	加算の要件（概要）
	利用者負担（1割）	
科学的介護推進体制加算	40円/月	利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合算定（1月につき）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※	88円/月	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※	176円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）※	72円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅳ）※	144円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅴ）※	24円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅵ）※	48円/月	週1回程度利用の場合 週2回程度利用の場合（要支援1除く） 週1回程度利用の場合 週2回程度利用の場合（要支援1除く） 週1回程度利用の場合 週2回程度利用の場合（要支援1除く）
中山間地域等提供加算	基本単位数の5%	通常の事業の実施地域を越えて送迎する場合
同一建物減算	-376円/月	事業対象者・要支援1
	-752円/月	事業対象者・要支援2
	-94円/回	事業対象者・要支援1、2
介護職員等処遇改善加算		一定の要件を満たしていることにより介護サービスに従事している介護職員等の賃金改善に充てる事を目的とした加算で所定単位数に9.0%を乗じた単位数です。当事業所では利用者に対し通所介護サービスを行った場合一律加算します。

※ 職員配置基準により、いずれかをご負担いただきます。

注 介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の計算になります

給付対象外料金

サービス種別	内容	金額
食費	ご利用者の希望により提供する食事の材料と調理にかかる費用です。	昼食1食 700円
おやつ代	ご利用者の希望により提供するおやつにかかる費用です。（飲み物、お菓子等）	1日当り 105円
入浴セット代	ご利用者の希望により入浴時にシャンプー、ボディソープを使用した場合ご負担いただきます。	50円/回
バスタオル	ご利用者の希望によりバスタオルをお貸し出した場合ご負担いただきます。	60円/枚
フェイスタオル	ご利用者の希望によりフェイスタオルをお貸し出した場合ご負担いただきます。	50円/枚
おしぼり代	ご利用者の希望により昼食時及びおやつ時におしぼりを使用された場合ご負担いただきます。	10円/回 (2回/日)
個人用の日用品費	ご利用者の希望により個人が使用する日用品、口腔ケア用品、レクリエーションに係る材料	実費
おむつ代	紙おむつS	70円/1枚
	紙おむつM	80円/1枚
	紙おむつL	90円/1枚
	パンツタイプM	80円/1枚
	パンツタイプL	90円/1枚
	パンツタイプLL	90円/1枚
	パンツタイプLLL	120円/1枚
	尿取りパット（パンツ用）	30円/1枚
尿取りパット（ビッグ）	30円/1枚	
喫茶代	ご利用者の希望により喫茶をご利用された場合、ご負担いただきます。	実費
治療食	医師の指示により治療に必要な特別食が提供された場合に加算いたします。（糖尿食、腎臓食、高血圧食etc）	実費
特別な食事・嗜好品	ご利用者の希望により特別な食事・嗜好品を提供された場合、ご負担いただきます。	実費
行事・クラブ参加代	ご利用者の希望により参加された場合、材料代・入場料等実費をご負担いただきます。	実費