

## 通所サービス (H30.4)

《介護給付対象サービス》(6時間以上7時間未満) /回

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
自己負担額	572 単位	676 単位	780 単位	884 単位	988 単位

加算項目	① サービス提供体制強化加算 I イ	18 単位
	② 中重度者ケア体制加算	45 単位
	③ 認知症加算	60 単位
	④ 入浴介助体制	50 単位
	⑤ 個別機能訓練加算 II	56 単位
	⑥ 栄養改善体制	150 単位/1回 月 2 回まで
	⑦ 口腔機能向上体制	150 単位/1回 月 2 回まで
	⑧ 若年性認知症利用者受入加算	60 単位
	⑨ 送迎減算 (片道) ※1	△47 単位
	⑩ 介護職員処遇改善加算 I	※2

### ※1 送迎減算について

事業所にて送迎を実施しなかった場合に基本単位数より減額を行いません。

※③は該当される方のみ加算されます。

※④～⑨は加算項目の内容に関わるサービス提供があった場合のみに加算されます。

料金表の記載は[単位]の表記になっております。一日あたりの自己負担額[円]は(単位×1.014円)にて計算を行いません。

《通所介護相当サービス》

要介護度	事業対象者・要支援1・要支援2 月4回まで（週1回程度）	要支援2・事業対象者 月8回まで（週2回程度）
自己負担額	378 単位／回 月5回の場合 1,647 単位／月	389 単位／回 月9回の場合 3,377 単位／月

加算項目	⑪ サービス提供体制強化加算 I イ	72 単位／月（要支援 1）	※ ⑬ ～ ⑮
	⑫ サービス提供体制強化加算 I イ	144 単位／月（要支援 2）	
	⑬ 口腔機能向上体制	150 単位／月	
	⑭ 運動器機能向上体制	225 単位／月	
	⑮ 栄養改善体制	150 単位／月	
	⑯ 介護職員処遇改善加算 I	※2	

は加算項目の内容に関わるサービス提供があった場合のみに加算されます。

《通所型サービス》

要介護度	事業対象者・要支援 1 月 4 回まで（週 1 回程度）	要支援 2 月 8 回まで（週 2 回程度）
自己負担額	350 単位／回 月 5 回の場合 1,515 単位／月	350 単位／回 月 9 回の場合 3,106 単位／月

料金表の記載は[単位]の表記になっております。一日あたりの自己負担額[円]は（単位×1.014 円）にて計算を行ないます。

## 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 昼食の提供      630 円（おやつ代含む）

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

●陶芸材料費（一作品） 500 円

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

●1 枚につき      10 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

●おむつ代：      110 円