

地域密着型通所介護

サービス内容	地域密着型				
	3時間以上4時間未満				
	サービス単位	サービス利用 料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護1	407 単位	4,253 円/日	426 円/日	851 円/日	1,276 円/日
要介護2	466 単位	4,869 円/日	487 円/日	974 円/日	1,461 円/日
要介護3	527 単位	5,507 円/日	551 円/日	1,102 円/日	1,653 円/日
要介護4	586 単位	6,123 円/日	613 円/日	1,225 円/日	1,837 円/日
要介護5	647 単位	6,761 円/日	677 円/日	1,353 円/日	2,029 円/日

サービス内容	地域密着型				
	4時間以上5時間未満				
	サービス単位	サービス利用 料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護1	426 単位	4,451 円/日	446 円/日	891 円/日	1,336 円/日
要介護2	488 単位	5,099 円/日	510 円/日	1,020 円/日	1,530 円/日
要介護3	552 単位	5,768 円/日	577 円/日	1,154 円/日	1,731 円/日
要介護4	614 単位	6,416 円/日	642 円/日	1,284 円/日	1,925 円/日
要介護5	678 単位	7,085 円/日	709 円/日	1,417 円/日	2,126 円/日

※いずれも、送迎を含む。

※送迎を実施しない場合は片道 - 47単位 = -50円/片道 とする。※1単位 10.45円。

地域密着型通所介護 加算項目

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
入浴加算	50単位	522円/回	53円/回	105円/回	157円/回
若年性認知症利用者受入加算	60単位	627円/回	63円/回	126円/回	189円/回
介護職員処遇改善加算 (I)	1月当たりの総単位数の5.9%/単位	左記総単位数×10.45/円	左記金額の1割/月	左記金額の2割/月	左記金額の3割/月

※介護職員処遇改善加算以外はサービス計画書に位置づけられた場合に加算。

※1単位 10.45円。

介護予防型デイサービス

サービス内容		介護予防型デイサービス <入浴あり>			
		3時間以上			
		サービス単価	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
月額(包括報酬)	週1回	1,647単位	1,722円/月	3,443円/月	5,164円/月
	週2回以上	3,377単位	3,529円/月	7,058円/月	10,587円/月
1回当たり報酬	週1回	378単位	395円/回	790円/回	1,185円/回
	週2回以上	389単位	407円/回	813円/回	1,220円/回
サービス内容		介護予防型デイサービス <入浴なし>			
		3時間以上			
		サービス単価	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
月額(包括報酬)	週1回	1,447単位	1,513円/月	3,025円/月	4,537円/月
	週2回以上	2,977単位	3,111円/月	6,222円/月	9,333円/月
1回当たり報酬	週1回	332単位	347円/回	694円/回	1,041円/回
	週2回以上	343単位	359円/回	717円/回	1,076円/回

※いずれも、送迎を含む。

※1単位 10.45円。

介護予防型デイサービス 加算項目

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
若年性認知症利用者受入加算	240単位	2,508円/月	251円/月	502円/月	753円/月
介護職員処遇改善加算 (I)	1月当たりの総単位数の5.9%/単位	左記総単位数×10.45/円	左記金額の1割/月	左記金額の2割/月	左記金額の3割/月

※介護職員処遇改善加算以外はサービス計画書に位置づけられた場合に加算。

※1単位 10.45円。

保険外実費項目

項目	料金 (円)	基準	備考
食費	650円	(1食)	
希望によるおやつ代	100円	(1回)	発注等の関係上、1ヶ月単位の申し込みとなる。 ※なお希望後は中止の申し出がない限り継続利用となる。
希望によるレク材料費	実費	(1日)	事前に参加の可否を確認する。
希望によるクラブ活動費	実費	(1月)	事前に参加の可否を確認する。
希望による施設外活動費	実費	(1日)	事前に参加の可否を確認する。
おむつ代 (各種)	実費	(1枚)	尿パット・紙おむつ・リハビリパンツ

キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を支払うものとする。

前日、午前9時30分までに連絡があった場合	無料
前日、午前9時30分以降に連絡があった場合 又は連絡がなかった場合	キャンセルした利用日の昼食代 650円 キャンセルした利用日のおやつ代 100円