

通所介護 料金表

1. 要支援の方の保険給付1ヶ月あたりの自己負担額(厚生労働大臣の定めるところによる)

| 要介護度 | 単位数/月 | 単価 | 自己負担額(1割)/月 | 自己負担額(2割)/月 |
|------|-------|-------|-------------|-------------|
| 要支援1 | 1,647 | 10.45 | 1,722円 | 3443円 |
| 要支援2 | 3,377 | | 3,529円 | 7058円 |

その他の加算について

| 項目と要件 | 単位数/月 | 単価 | 自己負担額(1割)/月 | 自己負担額(2割)/月 |
|------------------|---|-------|-------------|-------------|
| 運動器機能向上加算 | 要支援の方 225 | 10.45 | 236円 | 471円 |
| サービス提供体制加算(Ⅰ)イ | 要支援1の方 72 | | 76円 | 151円 |
| | 要支援2の方 144 | | 151円 | 301円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 必須 | 所定単位数の合計(加算も含む合計単位数)に2.2%の単位が加算されます。 詳しくは、担当の介護支援専門員が作成するサービス利用表別表でご確認下さい。 | | | |

※自己負担額については、日数や四捨五入の関係上、多少の誤差が生じる場合があります。

ご不明な点がございましたら、相談員にお尋ねください。

※原爆手帳をお持ちの方は、1の自己負担額は必要ありません。

2. 要介護の方の保険給付1日あたりの自己負担額(厚生労働大臣の定めるところによる)

【所要時間7時間以上9時間未満の場合】

| 要介護度 | 単位数/日 | 単価 | 自己負担額(1割)/日 | 自己負担額(2割)/月 |
|------|-------|-------|-------------|-------------|
| 要介護1 | 656 | 10.45 | 686円 | 1371円 |
| 要介護2 | 775 | | 810円 | 1620円 |
| 要介護3 | 898 | | 939円 | 1877円 |
| 要介護4 | 1,021 | | 1,067円 | 2134円 |
| 要介護5 | 1,144 | | 1,196円 | 2391円 |

その他の加算について

| 項目と要件 | 単位数/日 | 単価 | 自己負担額(1割)/日 | 自己負担額(2割)/月 |
|------------------|---|-------|-------------|-------------|
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | *1 参照 (Ⅰ)+(Ⅱ) 46 | 10.45 | 48円 | 96円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | *2 参照 *3 参照 56 | | 59円 | 117円 |
| サービス提供体制加算(Ⅰ)イ | 要介護の方 18 | | 19円 | 38円 |
| 入浴介助加算 | 希望される方のみ 50 | | 53円 | 105円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 必須 | 所定単位数の合計(加算も含む合計単位数)に2.2%の単位が加算されます。 詳しくは、担当の介護支援専門員が作成するサービス利用表別表でご確認下さい。 | | | |

*1 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等が配置している場合。

*2 *1の条件を満たし、その常勤の理学療法士等から直接訓練の提供を受けた場合。

*3 *1の条件を満たし、非常勤の理学療法士等から直接訓練の提供を受けた場合は(Ⅰ)+(Ⅱ)を算定する。

※自己負担額については、日数や四捨五入の関係上、多少の誤差が生じる場合があります。

ご不明な点がございましたら、相談員にお尋ねください。

※原爆手帳をお持ちの方は、2の自己負担額は必要ありません。

3. 食費(おやつ代を含む)

1日あたり 500円