

【負担割合が2割の方向け】 利用料金表 (地域密着型通所介護)

ご契約者の方には、以下の料金をお支払いいただきます。(自己負担額)

1. 毎月お支払いいただくもの

○ 居宅介護サービス費 (介護保険給付の対象)

(1回あたり：円)

基本	算定項目\要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本	3時間以上4時間未満	409	469	530	589	651	
	4時間以上5時間未満	428	491	555	617	682	
	5時間以上6時間未満	645	761	879	995	1,113	
	6時間以上7時間未満	666	786	908	1,029	1,150	
	7時間以上8時間未満	739	873	1,012	1,150	1,288	
	加算	(1)入浴介助加算	※ ご利用者の入浴時に介助を行ったことに対する加算です。 50				
		(2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	※ 国の基準を満たす職員体制であることに対する加算です。 18				
(3)認知症加算		※ 国の定める認知症介護に係る研修を修了した職員を配置していることに対する加算です。なお、研修修了者が勤務していない日は算定しません。 60					
(4)栄養改善加算		※ 低栄養状態にあるご利用者に対し、管理栄養士が栄養相談などの栄養改善サービスを提供したことに対する加算です。(月2回まで算定、原則3ヶ月間) 150					
(5)栄養スクリーニング加算		※ ご利用者の栄養状態について担当ケアマネジャーに情報を提供することに対する加算です。(6ヶ月に1回を限度とします) 5					
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		基本および上記加算(1)から(5)の合計の 5.9% ※ 国の基準を満たす介護職員の処遇改善に関する取り組みを実施していることに対する加算です。					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (令和元年11月から適用)		基本および上記加算(1)から(5)の合計の 1.2% ※ 国の基準を満たす介護職員等の特定処遇改善に関する取り組みを実施していることに対する加算です。					

※ 事業所による送迎を受けられない場合は、所定の単位数から片道47単位を減算します。

○ 食費 (介護保険給付の対象外)

(1回あたり：円)

料金項目	金額
食事の提供に関する費用 (食材料費+調理費)	530
※ 実費でのお支払いとなります。	

○ 自己負担額合計 (参考)

(1回あたりの概算：円)

自己負担額合計 (参考)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上	利用総額 (保険給付+自己負担)	7,941 (*)	8,584 (*)	9,237 (*)	9,869 (*)	10,533 (*)
	保険給付額	5,929	6,443	6,966	7,471	8,003
4時間未満	自己負担額	2,012	2,141	2,271	2,398	2,531
	利用総額 (保険給付+自己負担)	8,145 (*)	8,820 (*)	9,505 (*)	10,169 (*)	10,865 (*)
4時間以上	保険給付額	6,092	6,632	7,180	7,711	8,268
	自己負担額	2,053	2,188	2,325	2,458	2,597
5時間未満	利用総額 (保険給付+自己負担)	10,469 (*)	11,711 (*)	12,975 (*)	14,217 (*)	15,481 (*)
	保険給付額	7,951	8,945	9,956	10,950	11,961
6時間未満	自己負担額	2,518	2,766	3,019	3,267	3,520
	利用総額 (保険給付+自己負担)	10,694 (*)	11,979 (*)	13,286 (*)	14,582 (*)	15,877 (*)
6時間以上	保険給付額	8,131	9,159	10,204	11,241	12,278
	自己負担額	2,563	2,820	3,081	3,340	3,599
7時間未満	利用総額 (保険給付+自己負担)	11,476 (*)	12,911 (*)	14,399 (*)	15,877 (*)	17,355 (*)
	保険給付額	8,756	9,905	11,096	12,278	13,460
8時間未満	自己負担額	2,719	3,006	3,304	3,599	3,895

(*) 利用総額と、保険給付額と自己負担額の合計額には誤差があります。これは、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の比率計算における小数点以下の四捨五入分などによるものです。

2. その他実費をいただくことが適当と考えられるもの

(1回あたり：円)

コピー代 (私的なもの)	7 (片面1枚あたり)
Fax代 (私的なもの)	10 (1ページあたり)

3. 料金のお支払いについて

上記の料金のお支払いは、原則として当施設指定の金融機関口座からの引き落としとさせていただきます。(一部その都度現金払いのものもあります。また、引き落としをご希望されない場合は現金払いや振込支払いも可能です)

指定金融機関：北陸銀行