

【地域密着型通所介護】

① 地域密着型通所介護費(7時間以上8時間未満)

| 要介護状態区分 | 基本単位 (1回)㊦ | サービス料金 | 利用者負担額 | | |
|---------|---------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 750単位 | 7,605円 | 761円 | 1,521円 | 2,282円 |
| 要介護2 | 887単位 | 8,994円 | 900円 | 1,799円 | 2,699円 |
| 要介護3 | 1,028単位 | 10,423円 | 1,043円 | 2,085円 | 3,127円 |
| 要介護4 | 1,168単位 | 11,843円 | 1,185円 | 2,369円 | 3,553円 |
| 要介護5 | 1,308単位 | 13,263円 | 1,327円 | 2,653円 | 3,979円 |

② 加算1

| 加算項目 | 基本単位㊧ | サービス料金 | 利用者負担額 | | |
|-------------------|-----------|--------|--------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40単位/回 | 405円 | 41円 | 81円 | 122円 |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 55単位/回 | 557円 | 56円 | 112円 | 168円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 56単位/回 | 567円 | 57円 | 114円 | 171円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20単位/6ヵ月 | 202円 | 21円 | 41円 | 61円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位/6ヵ月 | 50円 | 5円 | 10円 | 15円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 150単位/月2回 | 1,521円 | 153円 | 305円 | 457円 |

※上記加算はご利用者のご希望に沿いサービスを行う選択式の加算となります。

※サービス提供の内容が口腔・栄養スクリーニングから口腔機能向上サービスへ切り替えられる場合、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)と口腔機能向上加算の算定に切り替わります。

③ 加算2

| 加算項目 | 基本単位㊧ | サービス料金 | 利用者負担額 | | |
|-------------|--------|--------|--------|-----|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 | 405円 | 41円 | 81円 | 122円 |

※上記加算は全てのご利用者が対象となります。

④ 加算3

| 加算項目 | 基本単位㊧ | サービス料金 | 利用者負担額 | | |
|-------------|-----------|--------|--------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20単位/月 | 202円 | 21円 | 41円 | 61円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160単位/月2回 | 1,622円 | 163円 | 325円 | 487円 |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30単位/月 | 304円 | 31円 | 61円 | 92円 |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 60単位/月 | 608円 | 61円 | 122円 | 183円 |

※上記加算は国の介護情報システム(LIFE)に相関する加算です。

※個別機能訓練加算(Ⅱ)は個別機能訓練加算(Ⅰ)イに上乘せとなります。

※口腔機能向上加算(Ⅱ)は口腔機能向上加算(Ⅰ)からの切り替えとなります。

※ADL維持等加算は初回評価月とその7ヵ月後にADLを評価し維持・改善の見られた場合に算定します。

(Ⅰ)及び(Ⅱ)については成果によります。(令和3年度の導入に際しましては実施次第お知らせ致します)

⑤ 加算 4

| 加算項目 | 基本料(月)A | 単位 単価B | サービス 料金 | 利用者負担 | | |
|------------------|-------------------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 介護職員 処遇改善加算 I | (㊦×利用回数+ ㊧×利用回数) ×0.059 | 10.14 円 | A×B | A×B ×10% | A×B ×20% | A×B ×30% |

⑥ 加算 5

| 加算項目 | 基本料(月)A | 単位 単価B | サービス 料金 | 利用者負担 | | |
|----------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 介護職員等 特定処遇改善加算 II | (㊦×利用回数+ ㊧×利用回数) ×0.01 | 10.14 円 | A×B | A×B ×10% | A×B ×20% | A×B ×30% |

⑦ 加算 6

| 加算項目 | 基本料(月)A | 単位 単価B | サービス 料金 | 利用者負担 | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 介護職員等 ベースアップ等 支援加算 | (㊦×利用回数+ ㊧×利用回数) ×0.011 | 10.14 円 | A×B | A×B ×10% | A×B ×20% | A×B ×30% |

※島田市は地域区分が 7 級地のため、単位単価が 10.14 円となります。

【介護保険が適応にならない基本料金】

| 項 目 | 利用者負担額 |
|-------------|--------|
| 昼食代(おやつ代含む) | 670 円 |

【その他料金】

以下料金は別途ご負担頂きます(介護保険は適用となりません)

| 項 目 | 利用者負担額 | 備 考 |
|-------|-----------------------------|--------------------------|
| おむつ代 | おむつ 1 枚 100 円 | |
| | リハビリパンツ 1 枚 120 円 | |
| | 尿とりパット 1 枚 50 円 | |
| 教養娯楽費 | 実費 | レクリエーション、アクティビティに要した材料費等 |
| 送迎費用 | 片道 15km未済 450 円 | 通常の事業の実施地域を越えてご利用される場合 |
| | 以降 5km増すごとに 100 円 | |
| 延長料 | 午後 4 時 5 分以降 30 分毎 500 円 | 上限 3 時間 午後 7 時 5 分まで |
| 複写物交付 | 1 枚 10 円 | |