

【島田市総合事業通所介護】

① 総合事業通所介護費

| 要支援状態区分 | 基本単位(月) ㊶ | サービス料金 | 利用者負担額 | | |
|---------|-----------|----------|---------|---------|----------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援1 | 1,672 単位 | 16,954 円 | 1,696 円 | 3,391 円 | 5,087 円 |
| 要支援2 | 3,428 単位 | 34,759 円 | 3,476 円 | 6,952 円 | 10,428 円 |

② 加算1

| 加算項目 | | 基本単位 ㊷ | サービス 料金 | 利用者負担額 | | |
|-------------------|-----------------|------------|------------|--------|-------|-------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援1 | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 72 単位/月 | 730 円 | 73 円 | 146 円 | 219 円 |
| 要支援2 | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 144 単位/月 | 1460 円 | 146 円 | 292 円 | 438 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | | 40 単位/月 | 405 円 | 41 円 | 81 円 | 122 円 |
| 運動器機能向上加算 | | 225 単位/月 | 2,281 円 | 229 円 | 457 円 | 685 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1回 | 1,521 円 | 153 円 | 305 円 | 457 円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | | 160 単位/月1回 | 1,622 円 | 163 円 | 325 円 | 487 円 |

※サービス提供体制強化加算(Ⅱ)と科学的介護推進体制加算は全ご利用者が対象となります。

※運動器機能向上加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上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。

※口腔機能向上加算(Ⅱ)は国の介護情報システム(LIFE)に 관련된加算です。
口腔機能向上加算(Ⅰ)からの切り替えとなります。

③ 加算2

| 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 | (㉠+㉡) ×0.059 | 10.14 円 | A×B | A×B ×10% | A×B ×20% | A×B ×30% |

④ 加算3

| 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Ⅰ | (㉠+㉢) ×0.012 | 10.14 円 | A×B | A×B ×10% | A×B ×20% | A×B ×30% |

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 |
| 介護職員等ベースアップ等 支援加算 | (㉠+㉣) ×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未満 | 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 | |