

利用料金一覧表

【基本報酬】		福山市 通所型サービス(独自)				
介護度	サービス内容略称	単位数	10割負担分	利用者負担の目安注)1		
				1割負担分	2割負担分	3割負担分
事業対象者・要支援1 週1回程度	通所型独自サービス1	1,672	16,720 円 (1月)	1,672 円 (1月)	3,344 円 (1月)	5,016 円 (1月)
事業対象者・要支援2 週2回程度	通所型独自サービス2	3,428	34,280 円 (1月)	3,428 円 (1月)	6,856 円 (1月)	10,284 円 (1月)

【体制加算】							
事業対象者・要支援1	サービス提供体制強化加算(I)	1月につき	88	880 円 (1月)	88 円 (1月)	176 円 (1月)	264 円 (1月)
事業対象者・要支援2			176	1,760 円 (1月)	176 円 (1月)	352 円 (1月)	528 円 (1月)
	科学的介護推進体制加算	40	400 円 (1月)	40 円 (1月)	80 円 (1月)	120 円 (1月)	
	令和3年9月30日までの上乘せ分	所定単位数の			0.1%	の加算	
	介護職員処遇改善加算 I				5.9%		

【実施加算】							
	運動器機能向上加算	1月につき	225	2,250 円 (1月)	225 円 (1月)	450 円 (1月)	675 円 (1月)
	口腔機能向上加算(II)	160	1,600 円 (1月)	160 円 (1月)	320 円 (1月)	480 円 (1月)	
	選択的サービス複数実施加算(I)2	480	4,800 円 (1月)	480 円 (1月)	960 円 (1月)	1,440 円 (1月)	
	口腔・栄養スクリーニング加算(II)	1月につき(6月に1回を限度)	5	50 円 (1月)	5 円 (1月)	10 円 (1月)	15 円 (1月)
	生活機能向上連携加算(II)	1月につき(3月に1回を限度)	100	1,000 円 (1月)	100 円 (1月)	200 円 (1月)	300 円 (1月)

*運動機能向上加算および口腔機能向上加算の両方を選択し、週1回以上、かついずれかのサービスを月に2回以上行った場合、選択的複数サービス実施加算 I 2になります。

*単位数 × 10.00 (地域加算) - 10割負担額 × 90%又は80%、70% = 利用者負担目安としています。

介護報酬以外の費用

- お茶菓子代 200 円
- おむつ・尿とりパット代 実費

利用料金一覧表

【基本報酬】

地域密着型通所介護3-4

介護度	サービス内容略称	単位数	10割負担分	利用者負担の目安		
				1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	地域通所介護11	415	4,150 円 (1回)	415 円 (1回)	830 円 (1回)	1,245 円 (1回)
要介護2	地域通所介護12	476	4,760 円 (1回)	476 円 (1回)	952 円 (1回)	1,428 円 (1回)
要介護3	地域通所介護13	538	5,380 円 (1回)	538 円 (1回)	1,076 円 (1回)	1,614 円 (1回)
要介護4	地域通所介護14	598	5,980 円 (1回)	598 円 (1回)	1,196 円 (1回)	1,794 円 (1回)
要介護5	地域通所介護15	661	6,610 円 (1回)	661 円 (1回)	1,322 円 (1回)	1,983 円 (1回)
【体制加算】	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220 円 (1回)	22 円 (1回)	44 円 (1回)	66 円 (1回)
	介護職の内介護福祉士割合が70%以上、又は、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上。					
	科学的介護推進体制加算	40	400 円 (1月)	40 円 (1月)	80 円 (1月)	120 円 (1月)
	利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚労省に提出している					
	感染症又は災害発生を理由とする利用者減	基本報酬×3%の加算 月実績が前年度より減少する施設への加算				
【実施加算】	介護職員処遇改善加算Ⅰ	利用総単位数の5.9%の加算 介護職の処遇改善に取り組む施設に加算されます				
	個別機能訓練加算Ⅰ口	85	850 円 (1回)	85 円 (1回)	170 円 (1回)	255 円 (1回)
	個別機能訓練加算Ⅱ	20	200 円 (1月)	20 円 (1月)	40 円 (1月)	60 円 (1月)
	口腔機能向上加算(Ⅱ)月2回まで	160	1,600 円 (1回)	160 円 (1回)	320 円 (1回)	480 円 (1回)
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)6月に1回を限度	5	50 円 (1回)	5 円 (1回)	10 円 (1回)	15 円 (1回)
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100	1,000 円 (1回)	100 円 (1回)	200 円 (1回)	300 円 (1回)

*個別機能訓練加算Ⅰ口は、機能訓練指導員がサービス提供時間帯を通じて配置されない時は、Ⅰイ(56単位)を算定します。

*送迎サービスを利用しなかった場合、片道47単位減算されます。

【実費】

お茶菓子代	1日につき	円	おむつパット	実費	ご使用時
地域外送迎	1kmあたり	25 円			