

3. 利用料金

(1) 通所介護

①基本料金

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。

通常規模型通所介護費（3時間以上4時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	4,011円	402円	803円	1,204円
要介護2	4,588円	459円	918円	1,377円
要介護3	5,199円	520円	1,040円	1,560円
要介護4	5,777円	578円	1,156円	1,734円
要介護5	6,376円	638円	1,276円	1,913円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（4時間以上5時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	4,207円	421円	842円	1,263円
要介護2	4,817円	482円	964円	1,446円
要介護3	5,450円	545円	1,090円	1,635円
要介護4	6,071円	608円	1,215円	1,822円
要介護5	6,692円	670円	1,339円	2,008円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（5時間以上6時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,180円	618円	1,236円	1,854円
要介護2	7,303円	731円	1,461円	2,191円
要介護3	8,425円	843円	1,685円	2,528円
要介護4	9,548円	955円	1,910円	2,865円
要介護5	10,671円	1,068円	2,135円	3,202円

介護報酬単価の計算上、実際の金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（6時間以上7時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,332円	634円	1,267円	1,900円
要介護2	7,477円	748円	1,496円	2,244円
要介護3	8,632円	864円	1,727円	2,590円
要介護4	9,777円	978円	1,956円	2,934円
要介護5	10,932円	1,094円	2,187円	3,280円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（7時間以上8時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,139円	714円	1,428円	2,142円
要介護2	8,425円	843円	1,685円	2,528円
要介護3	9,766円	977円	1,954円	2,930円
要介護4	11,096円	1,110円	2,220円	3,329円
要介護5	12,447円	1,245円	2,490円	3,735円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（8時間以上9時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,259円	726円	1,452円	2,178円
要介護2	8,578円	858円	1,716円	2,574円
要介護3	9,929円	993円	1,986円	2,979円
要介護4	11,292円	1,130円	2,259円	3,388円
要介護5	12,665円	1,267円	2,533円	3,800円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

②加算料金

加 算 項 目	利 用 料 金 (介護報酬額)	介 護 保 険 適 用 時 自 己 負 担 金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
入 浴 介 助 加 算 I	436円	44円	88円	131円
入 浴 介 助 加 算 II	599円	60円	120円	180円
中 重 度 ケ ア 体 制 加 算	490円	49円	98円	147円
生 活 機 能 連 携 加 算 I ※ 1	1,090円	109円	218円	327円
生 活 機 能 連 携 加 算 II	2,180円	218円	436円	654円
個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) イ	610円	61円	122円	183円
個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) ロ	926円	93円	186円	278円
個 別 機 能 訓 練 加 算 II	218円	22円	44円	99円
ADL 維 持 等 加 算 (I)	327円	33円	66円	99円
ADL 維 持 等 加 算 (II)	654円	66円	131円	197円
認 知 症 加 算	654円	66円	131円	197円
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	654円	66円	131円	197円
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 I	218円	22円	44円	66円
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 II ※ 2	54円	6円	11円	17円
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	545円	55円	109円	164円
口 腔 機 能 向 上 加 算 I ※ 3	1,635円	164円	327円	491円
口 腔 機 能 向 上 加 算 II ※ 3	1,744円	175円	349円	524円
栄 養 改 善 加 算 ※ 3	2,180円	218円	436円	654円
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	545円	55円	109円	164円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 I	239円	24円	48円	72円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 II	196円	20円	40円	59円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 III	65円	7円	13円	20円
事 業 者 が 送 迎 を 行 わ ない 場 合 の 減 算 ※ 4	△512円	△52円	△103円	△154円

※1：3ヵ月に1回を限度。

※2：6ヶ月に1回を限度。

※3：3ヶ月以内、月2回を限度。

※4：片道につき。

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 (I) ※ 1	介護報酬総単位数 × 5.9% × 10.9
----------------------	------------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）※1	介護報酬総単位数×1.2%×10.9
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）※1	介護報酬総単位数×1.0%×10.9

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

(2) 第一号通所事業（通所型サービス）

① 基本料金

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 (週1回利用)	18,224円	1,823円	3,645円	5,468円
要支援2 (週2回利用)	37,365円	3,737円	7,473円	11,210円
要介護度	一回あたりの利用料金 (介護報酬額)	1回あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 (1月4回まで)	4,185円	419円	837円	1,256円
要支援2 (1月5回から8回まで)	4,305円	431円	861円	1,292円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

②加算料金（一月につき）

加算項目	利用料金 (介護報酬額)	介護保険適用時 自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
生活機能向上グループ活動加算	1,090円	109円	218円	327円
運動機能向上加算	2,452円	246円	491円	736円
若年性認知症利用者受入加算	2,616円	262円	524円	785円
栄養アセスメント加算	545円	55円	109円	164円
栄養改善加算	2,180円	218円	436円	654円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,635円	164円	327円	491円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,744円	175円	349円	524円
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）運動機能向上及び栄養改善	5,232円	524円	1,047円	1,570円
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）運動機能向上及び口腔機能向上	5,232円	524円	1,047円	1,570円
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）栄養改善及び口腔機能向上	5,232円	524円	1,047円	1,570円
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）運動機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	7,630円	763円	1,526円	2,289円

事業所評価加算	1,308円	131円	262円	393円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1	959円	96円	192円	288円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2	1,918円	192円	384円	576円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援1	784円	79円	157円	236円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援2	1,569円	157円	314円	471円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	261円	27円	53円	79円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	523円	53円	105円	157円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）※1	1,090円	109円	218円	327円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,180円	218円	436円	654円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）運動機能向上加算を算定している場合	1,090円	109円	218円	327円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）※2	218円	22円	44円	66円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）※2	54円	6円	11円	17円
科学的介護推進体制加算	436円	44円	88円	131円

※1：3カ月に1回を限度 ※2：6カ月に1回を限度
介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）※1	介護報酬総単位数×5.9%×10.9
-----------------	--------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）※1	介護報酬総単位数×1.2%×10.9
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）※1	介護報酬総単位数×1.0%×10.9

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

4. 自己負担料金

	自己負担	備考
食事代	1食につき 555円 (全額自己負担) ※おやつバイキングや忘年会等の行事食の際には、別途追加負担金が発生します。	
文書複写費	1枚につき 10円 (全額自己負担)	
証明書・文書作成料	1種類につき200円 (全額自己負担)	
開示手数料	1件につき500円	消費税は別途

・その他の自己負担金

介護用品	尿取りパット	1枚	実費	原則ご持参願います
	リハビリパンツ	1枚	実費	原則ご持参願います
	テープ式オムツ	1枚	実費	原則ご持参願います
通所用品	行事費（外出費）		実費	飲食代、入場料等その他経費。車両関係費等。
	選択別活動材料費		実費	希望による工作等の費用

介護保険の対象であっても、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。この場合は一旦1か月あたり上記該当金額をいただき、サービス提供証明書を発行致します。

このサービス提供証明書を後日台東区の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

5. キャンセル料金

①利用日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日の前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合	555円

ご連絡がいただけなかった場合についても、利用日前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合と同様に請求いたします。