

# 【予防通所介護相当サービス】

地域区分3級地

## 1) 基本利用料

| 介護度   | 単位数   | サービス費用  | 月当たりの利用料<br>(介護報酬額) |         |         | 月当たりの自己負担額<br>(介護保険適用時) |        |         |
|-------|-------|---------|---------------------|---------|---------|-------------------------|--------|---------|
|       |       |         | 90%                 | 80%     | 70%     | 1割負担                    | 2割負担   | 3割負担    |
| 要支援 1 | 1,655 | ¥17,675 | ¥15,907             | ¥14,140 | ¥12,372 | ¥1,768                  | ¥3,535 | ¥5,303  |
| 要支援 2 | 3,393 | ¥36,237 | ¥32,613             | ¥28,989 | ¥25,365 | ¥3,624                  | ¥7,248 | ¥10,872 |

## 2) その他サービス(加算) ※ケアプラン・介護予防計画により

| サービス内容                | 単位数  | サービス費用      | 月当たりの利用料<br>(介護報酬額) |        |        | 月当たりの自己負担額<br>(介護保険適用時) |      |      |
|-----------------------|--|-------------|---------------------|--------|--------|-------------------------|------|------|
|                       |  |             | 90%                 | 80%    | 70%    | 1割負担                    | 2割負担 | 3割負担 |
| 運動器機能向上加算             | 225  | ¥2,403      | ¥2,162              | ¥1,922 | ¥1,682 | ¥241                    | ¥481 | ¥721 |
| 若年性認知症利用者受入加算         | 60   | ¥640        | ¥576                | ¥512   | ¥448   | ¥64                     | ¥128 | ¥192 |
| 口腔機能向上加算(月2回まで)       | 150  | ¥1,602      | ¥1,441              | ¥1,281 | ¥1,121 | ¥161                    | ¥321 | ¥481 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)      | 72   | 要支援1 ¥768   | ¥691                | ¥614   | ¥537   | ¥77                     | ¥154 | ¥231 |
|                       | 144  | 要支援2 ¥1,537 | ¥1,383              | ¥1,229 | ¥1,075 | ¥154                    | ¥308 | ¥462 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ(1月につき)    | 【総単位数×5.9%】(1単位未満四捨五入)×10.68×0.9~0.7(介護報酬額)<br>【総単位数×5.9%】(1単位未満四捨五入)×10.68×0.1~0.3(自己負担額) |             |                     |        |        |                         |      |      |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ(1月につき) | 【総単位数×1.0%】(1単位未満四捨五入)×10.68×0.9~0.7(介護報酬額)<br>【総単位数×1.0%】(1単位未満四捨五入)×10.68×0.1~0.3(自己負担額) |             |                     |        |        |                         |      |      |

## 3) 実費負担額(介護保険適用外)

| 食費              | 昼食                           | ¥650 | 食事材料費・水道光熱費・人件費等                   | 全額自己負担 |
|-----------------|------------------------------|------|------------------------------------|--------|
|                 | おやつ                          | ¥50  |                                    |        |
| 工作材料費等          | 参加希望者のみ                      |      |                                    |        |
| キャンセル料          | ① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 |      |                                    | 無料     |
|                 | ② ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合   |      |                                    | ¥700   |
|                 | ③ ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合   |      |                                    | ¥1,000 |
| 利用料金支払い方法および手数料 | ①自動口座振替<br>②施設指定口座振込         |      | 自動口座振替の場合、無料<br>施設指定口座振込の場合、全額自己負担 |        |

## 4) 減算について

| 指定介護事業所と同一建物に居住する利用者又は指定通所介護事業所同一建物から通う利用者は所定の単位数から減算となります。 | 要支援 1     | 要支援2   |
|---|-----------|--------|
|   |           | -376単位 |
| 定員超過の場合   | 基本単位数×70% |        |
| 看護・介護職員が欠員の場合   |           |        |

※基本的に月額包括単位ですが、月の途中でサービスの利用開始または終了の場合は日割りで算定となります(実費負担費用は除く)

※月あたりの利用料金は介護保険地域区分(3等級)により1単位あたり10.68円を乗じた額です。

※介護保険適用時の1日あたり自己負担は、単位合計後の算出と多少差が生じる場合があります。

※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算の総単位数は(基本サービス費+各種加算減算)、1単位の単価は、介護予防通所介護10.68を乗じます。

※料金のお支払いは、翌月10日までに請求書を発行しますので「自動口座振替」または「施設口座振込」のいずれかを選択の上、20日までにお支払いください。なお支払いに関わる手数料等につきましてはご負担を願います。