

通所介護・介護予防通所介護事業所 おおつか運営規程 別紙料金表

通所介護費

単位 (円)

法定代理受領の場合は下記金額の1割・2割若しくは3割。
所得に応じて自己負担額が変わります。負担割合証で確認ください。(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

通常規模型 通所介護費	6時間以上7時間未満		利用者負担額		
	単位	10割	1割	2割	3割
要介護1	581	6,205	621	1,241	1,862
要介護2	686	7,326	733	1,466	2,198
要介護3	792	8,458	846	1,692	2,538
要介護4	897	9,579	958	1,916	2,874
要介護5	1,003	10,712	1,072	2,143	3,214

【その他加算】

	(10割)	1割	2割	3割
個別機能訓練加算(I)イ/ロ	1日につき598/907	60 / 91	120 / 182	180 / 273
個別機能訓練加算(II)	1日につき/213	22	43	64
入浴介助加算(I)/(II)	1日につき427/587	43 / 59	86 / 117	129 / 176
口腔機能向上加算(I)/(II)	1回につき(月2回まで)1602/1708	161 / 171	321 / 342	481 / 513
科学的介護推進体制加算	1月につき427	43	86	129
送迎減算	片道/-501	-51	-101	-151
サービス提供体制強化加算(II)	192/回	20	39	58
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の59/1000 (1月につき)			

介護予防・通所型サービス介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割・2割若しくは3割。
所得に応じて自己負担額が変わります。負担割合証で確認ください。(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		金額(10割)/月	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月
国基準	要支援1(I)	17,856	1,786	3,572	5,357
	要支援2(II)	36,611	3,662	7,323	10,984
日野市 多摩市	要支援2(II)(1/週)	18,305	1,831	3,661	5,492

【その他加算】

		金額(10割)/月	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月
運動器機能向上		2,403	241	481	721
口腔機能向上加算(I)/(II)		1602 / 1708	161 / 171	321 / 342	481 / 513
科学的介護推進体制加算		427	43	86	129
サービス提供体制強化加算 I / II / III	要支援 1	939 / 768 / 256	95 / 78 / 26	189 / 155 / 52	283 / 155 / 78
	要支援 2	1879 / 1537 / 512	188 / 154 / 52	376 / 308 / 103	563 / 462 / 154
介護職員処遇改善加算 I		所定単位数の59/1000 (1月につき)			

食材料費	1食：800円程度
通常の実施地域を越える交通費	通常の実施地域を越える場合片道：50円
衛生用品(紙パンツなど)	A：パッド(1枚100円) B：紙パンツ(1枚200円)
その他、趣味趣向にかかる費用 (利用者の希望により選択)	1 教養娯楽費用：実費(行事やクラブ活動による材料費等) 2 セレクトセット1日：350円 (ドリンクバー、おいしいお水、ウォーターベッド、ホットパック) ※単品での注文 ・ドリンク1杯：100円 ・おいしいお水(純水)1杯：100円 ・ウォーターベッド、ホットパック各1回：280円

通所介護・介護予防通所介護事業所 おおつか運営規程 別紙料金表

通所介護費

単位 (円)

法定代理受領の場合は下記金額の1割・2割若しくは3割。
所得に応じて自己負担額が変わります。負担割合証で確認ください。(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

通常規模型 通所介護費	5時間以上 6時間未満		利用者負担額			6時間以上 7時間未満		利用者負担額		
	単位	10割	1割	2割	3割	単位	10割	1割	2割	3割
要介護1	567	6,055	605	1,211	1,817	581	6,205	621	1,241	1,862
要介護2	670	7,155	716	1,431	2,147	686	7,326	733	1,466	2,198
要介護3	773	8,255	826	1,651	2,477	792	8,458	846	1,692	2,538
要介護4	876	9,355	936	1,871	2,807	897	9,579	958	1,916	2,874
要介護5	979	10,455	1,046	2,091	3,137	1,003	10,712	1,072	2,143	3,214

【その他加算】

	(10割)	1割	2割	3割
個別機能訓練加算(I)イ/ロ	1日につき598/907	60 / 91	120 / 182	180 / 273
個別機能訓練加算(II)	1日につき/213	22	43	64
入浴介助加算(I)/(II)	1日につき427/587	43 / 59	86 / 117	129 / 176
口腔機能向上加算(I)/(II)	1回につき(月2回まで)1602/1708	161 / 171	321 / 342	481 / 513
科学的介護推進体制加算	1月につき427	43	86	129
送迎減算	片道/-501	-51	-101	-151
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の59/1000 (1月につき)			

介護予防・通所型サービス介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割・2割若しくは3割。
所得に応じて自己負担額が変わります。負担割合証で確認ください。(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

	金額(10割)/月	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月	
国 基 準	要支援1(I)	17,856	1,786	3,572	5,357
	要支援2(II)	36,611	3,662	7,323	10,984
日 野 市	要支援2(II)(1/週)	18,305	1,831	3,661	5,492

【その他加算】

	金額(10割)/月	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月
運動器機能向上	2,403	241	481	721
口腔機能向上加算(I)	1,602	161	321	481
口腔機能向上加算(II)	1,708	171	342	513
科学的介護推進体制加算	427	43	86	129
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の59/1000 (1月につき)			

食材料費	1食：800円程度
通常の実施地域を越える交通費	通常の実施地域を越える場合片道：50円
衛星用品(紙パンツなど)	A：パッド(1枚100円) B：紙パンツ(1枚200円)
その他、趣味趣向にかかる費用 (利用者の希望により選択)	1 教養娯楽費用：実費(行事やクラブ活動による材料費等) 2 セレクトセット1日：300円 (ドリンクバー、おいしいお水、ウォーターベッド、ホットパック) ※単品での注文 ・ドリンク1杯：100円 ・おいしいお水(純水)1杯：100円 ・ウォーターベッド、ホットパック各1回：280円