

【基本部分】

所要時間	提供時間	サービス内容種類	要介護度	単位数	ご利用負担金(円)		
					1割	2割	3割
8時間以上 9時間未満		認知症通所介護 I i61	要介護 1	1021	1,111	2,222	3,333
		認知症通所介護 I i62	要介護 2	1132	1,232	2,463	3,695
		認知症通所介護 I i63	要介護 3	1242	1,351	2,702	4,054
		認知症通所介護 I i64	要介護 4	1355	1,474	2,948	4,423
		認知症通所介護 I i65	要介護 5	1465	1,594	3,188	4,782
7時間以上 8時間未満	9:30 ~ 16:45	認知症通所介護 I i51	要介護 1	989	1,076	2,152	3,228
		認知症通所介護 I i52	要介護 2	1097	1,194	2,387	3,581
		認知症通所介護 I i53	要介護 3	1204	1,310	2,620	3,930
		認知症通所介護 I i54	要介護 4	1312	1,427	2,855	4,283
		認知症通所介護 I i55	要介護 5	1420	1,545	3,090	4,635
6時間以上 7時間未満	9:30 ~ 15:45 もしくは 10:30 ~ 16:45	認知症通所介護 I i41	要介護 1	875	952	1,904	2,856
		認知症通所介護 I i42	要介護 2	969	1,054	2,108	3,163
		認知症通所介護 I i43	要介護 3	1061	1,154	2,309	3,463
		認知症通所介護 I i44	要介護 4	1156	1,258	2,515	3,774
		認知症通所介護 I i45	要介護 5	1250	1,360	2,720	4,080
5時間以上 6時間未満	10:30 ~ 15:45	認知症通所介護 I i31	要介護 1	853	928	1,856	2,784
		認知症通所介護 I i32	要介護 2	945	1,028	2,056	3,085
		認知症通所介護 I i33	要介護 3	1035	1,126	2,252	3,378
		認知症通所介護 I i34	要介護 4	1127	1,226	2,452	3,679
		認知症通所介護 I i35	要介護 5	1219	1,326	2,652	3,979
4時間以上 5時間未満		認知症通所介護 I i21	要介護 1	566	616	1,232	1,848
		認知症通所介護 I i22	要介護 2	623	678	1,356	2,034
		認知症通所介護 I i23	要介護 3	681	741	1,482	2,223
		認知症通所介護 I i24	要介護 4	738	803	1,606	2,409
		認知症通所介護 I i25	要介護 5	795	865	1,730	2,595
3時間以上 4時間未満		認知症通所介護 I i11	要介護 1	540	588	1,175	1,763
		認知症通所介護 I i12	要介護 2	594	646	1,292	1,939
		認知症通所介護 I i13	要介護 3	650	707	1,414	2,122
		認知症通所介護 I i14	要介護 4	705	767	1,534	2,301
		認知症通所介護 I i15	要介護 5	759	826	1,651	2,478

①

【加算・減算部分】（基本単位に加算・減算します）

加算の種類	加算の要件	単位数		ご利用負担金（円）		
				1割	2割	3割
入浴介助加算	入浴介助（シャワー浴含む）を行った場合（1日につき）	1回につき	50	54	109	164
口腔機能向上加算	体制及び人員要件を満たし、ご利用者様に対し個別に口腔指導等を行った場合	1ヵ月2回	150	163	326	490
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47単位	-51	-102	-153

②

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月に	介護報酬単位×加算率(10.4%)の1割もしくは2割・3割
介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月に	介護報酬単位×加算率(2.4%)の1割もしくは2割・3割

③

④

- ・介護保険費用（基本単位）は、介護保険法（介護報酬告示上の額）で定められた単位です。
- ・介護保険法等の改定に伴い、費用が変更になることもございます。
- ・送迎費は、基本料金に含まれています。

介護保険外費用（全額自己負担分）

食事代	1回に	850	円
オムツ（パンツタイプ）	1枚に	200	円
オムツ（パットタイプ）	1枚に	50	円

⑤

- ・オムツは、持参していただければ費用はかかりません。

利用料の目安（1ヶ月）

①×1ヶ月間の利用回数 + ②×1ヶ月間の提供回数 + ③ + ④ + ⑤×1ヶ月間の提供回数 = 1ヶ月分の自己負担金です

※ 金額は、単位数に10.88をかけた金額です。

キャンセル料（食事代）

利用予定日の当日	利用者負担金の100%
----------	-------------

- ・予めご連絡をいただければキャンセル料は発生しません。