

## 滑川市老人デイサービスセンター通所介護利用表(1日分)1割負担

(単位:円)

| 通所介護費 |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 区分    | 通常規模型<br>2時間以上<br>3時間未満 | 通常規模型<br>3時間以上<br>4時間未満 | 通常規模型<br>4時間以上<br>5時間未満 | 通常規模型<br>5時間以上<br>6時間未満 | 通常規模型<br>6時間以上<br>7時間未満 | 通常規模型<br>7時間以上<br>8時間未満 | 通常規模型<br>8時間以上<br>9時間未満 |
| 介護度1  | 2,700                   | 3,680                   | 3,860                   | 5,670                   | 5,810                   | 6,550                   | 6,660                   |
| 自己負担額 | 270                     | 368                     | 386                     | 567                     | 581                     | 655                     | 666                     |
| 介護度2  | 3,090                   | 4,210                   | 4,420                   | 6,700                   | 6,860                   | 7,730                   | 7,870                   |
| 自己負担額 | 309                     | 421                     | 442                     | 670                     | 686                     | 773                     | 787                     |
| 介護度3  | 3,500                   | 4,770                   | 5,000                   | 7,730                   | 7,920                   | 8,960                   | 9,110                   |
| 自己負担額 | 350                     | 477                     | 500                     | 773                     | 792                     | 896                     | 911                     |
| 介護度4  | 3,900                   | 5,300                   | 5,570                   | 8,760                   | 8,970                   | 10,180                  | 10,360                  |
| 自己負担額 | 390                     | 530                     | 557                     | 876                     | 897                     | 1,018                   | 1,036                   |
| 介護度5  | 4,300                   | 5,850                   | 6,140                   | 9,790                   | 10,030                  | 11,420                  | 11,620                  |
| 自己負担額 | 430                     | 585                     | 614                     | 979                     | 1,003                   | 1,142                   | 1,162                   |

上記の通所介護費に対し、施設にて送迎を行わない場合は片道470円(自己負担額47円)減算いたします。

※3%加算 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合に基本報酬に3%の加算を算定します。(減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延人数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り基本報酬の3%に相当する単位数を加算します。)

(単位:円)

| 加算                                                                    |           |        |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 区分                                                                    | 料金        | 自己負担額  |
| ▼入浴介助加算(Ⅰ)                                                            | 400/1日    | 40     |
| ▼入浴介助加算(Ⅱ)                                                            | 550/1日    | 55     |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅰ)                                                        | 1,000/1月  | 100    |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                                        | 2,000/1月  | 200    |
| ▼個別機能訓練加算(Ⅰ)イ                                                         | 560/1日    | 56     |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅰ)                                                         | 30/1日     | 3      |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅱ)                                                         | 40/1日     | 4      |
| ▼認知症加算                                                                | 600/1日    | 60     |
| ▼若年性認知症利用者受入加算                                                        | 600/1日    | 60     |
| ▼口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)                                                    | 200/6月に1回 | 20     |
| ▼科学的介護推進体制加算                                                          | 400/1月    | 40     |
| ●中重度者ケア体制加算                                                           | 450/1日    | 45     |
| ●サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                                      | 220/1回    | 22     |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算※)×59/1000<br>加算※処遇改善加算、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算を除く | 介護費による    | 介護費による |
| ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算※)×12/1000                                    | 介護費による    | 介護費による |
| ●介護職員等ベースアップ等支援加算(介護費+加算※)×11/1000                                    | 介護費による    | 介護費による |

●・・・配置、体制加算のため、全員に加算されます。 ▼・・・ケアプランにより承認をいただき、該当するサービスを受けた場合に加算されます。

料金、加算については関係法令に基づいて定められており、サービス提供期間中にこれを変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。

自己負担額は1割負担額です。ただし一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合が変わります。

・入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行った場合に加算されます。

・入浴介助加算(Ⅱ)は、入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加え、介護福祉士等が利用者の家を訪問し、浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行った場合に加算されます。

- ・生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師等からの助言を受けることができる体制を構築し、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成等した場合に加算されます。
- ・生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画等を作成等した場合に加算されます。
- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)イは、機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に合わせて機能訓練を行った場合に加算されます。
- ・認知症専門ケア加算は、認知症にかかる専門的な研修を終了している者を配置し、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ・認知症加算は、認知症にかかる専門的な研修を修了している職員を配置し、認知症の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成した上で、認知症の利用者にサービスを提供した場合に加算されます。
- ・若年性認知症利用者受入加算は、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者のニーズに応じたサービスを提供した場合に加算されます。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)は、介護職員等が6か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を利用者を担当する介護支援専門員等に提供した場合に加算されます。
- ・科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報、疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省へ提出する場合に算定します。
- ・中重度者ケア体制加算は、介護・看護職員の配置を手厚くし、介護度3・4・5の中重度の利用者を基準以上に受け入れる場合に算定します。
- ・サービス提供体制強化加算は、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉サービスを受けていただけるよう職員配置をします。
- ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(単位:円)

| その他の利用料(自己負担)        |        |
|----------------------|--------|
| 食費                   | 680/1回 |
| 趣味活動・複写物交付・日常生活必要諸経費 | 実費     |

ご不明な点がありましたら、お気軽にご相談ください。



## 滑川市老人デイサービスセンター通所介護利用表(1日分)2割負担

(単位:円)

| 通所介護費 |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 区分    | 通常規模型<br>2時間以上<br>3時間未満 | 通常規模型<br>3時間以上<br>4時間未満 | 通常規模型<br>4時間以上<br>5時間未満 | 通常規模型<br>5時間以上<br>6時間未満 | 通常規模型<br>6時間以上<br>7時間未満 | 通常規模型<br>7時間以上<br>8時間未満 | 通常規模型<br>8時間以上<br>9時間未満 |
| 介護度1  | 2,700                   | 3,680                   | 3,860                   | 5,670                   | 5,810                   | 6,550                   | 6,660                   |
| 自己負担額 | 540                     | 736                     | 772                     | 1,134                   | 1,162                   | 1,310                   | 1,332                   |
| 介護度2  | 3,090                   | 4,210                   | 4,420                   | 6,700                   | 6,860                   | 7,730                   | 7,870                   |
| 自己負担額 | 618                     | 842                     | 884                     | 1,340                   | 1,372                   | 1,546                   | 1,574                   |
| 介護度3  | 3,500                   | 4,770                   | 5,000                   | 7,730                   | 7,920                   | 8,960                   | 9,110                   |
| 自己負担額 | 700                     | 954                     | 1,000                   | 1,546                   | 1,584                   | 1,792                   | 1,822                   |
| 介護度4  | 3,900                   | 5,300                   | 5,570                   | 8,760                   | 8,970                   | 10,180                  | 10,360                  |
| 自己負担額 | 780                     | 1,060                   | 1,114                   | 1,752                   | 1,794                   | 2,036                   | 2,072                   |
| 介護度5  | 4,300                   | 5,850                   | 6,140                   | 9,790                   | 10,030                  | 11,420                  | 11,620                  |
| 自己負担額 | 860                     | 1,170                   | 1,228                   | 1,958                   | 2,006                   | 2,284                   | 2,324                   |

上記の通所介護費に対し、施設にて送迎を行わない場合は片道470円(自己負担額94円)減算いたします。

※3%加算 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合に基本報酬に3%の加算を算定する。  
(減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延人数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り基本報酬の3%に相当する単位数を加算する)

(単位:円)

| 加算                                                                    |           |        |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 区分                                                                    | 料金        | 自己負担額  |
| ▼入浴介助加算(Ⅰ)                                                            | 400/1日    | 80     |
| ▼入浴介助加算(Ⅱ)                                                            | 550/1日    | 110    |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅰ)                                                        | 1,000/1月  | 200    |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                                        | 2,000/1月  | 400    |
| ▼個別機能訓練加算(Ⅰ)イ                                                         | 560/1日    | 112    |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅰ)                                                         | 30/1日     | 6      |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅱ)                                                         | 40/1日     | 8      |
| ▼認知症加算                                                                | 600/1日    | 120    |
| ▼若年性認知症利用者受入加算                                                        | 600/1日    | 120    |
| ▼口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)                                                    | 200/6月に1回 | 40     |
| ▼科学的介護推進体制加算                                                          | 400/1月    | 80     |
| ●中重度者ケア体制加算                                                           | 450/1日    | 90     |
| ●サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                                      | 220/1回    | 44     |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算※)×59/1000<br>加算※処遇改善加算、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算を除く | 介護費による    | 介護費による |
| ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算(介護職員処遇改善加算を除く))×12/1000                      | 介護費による    | 介護費による |
| ●介護職員等ベースアップ等支援加算(介護費+加算※)×11/1000                                    | 介護費による    | 介護費による |

●・・・配置、体制加算のため、全員に加算されます。 ▼・・・ケアプランにより承認をいただき、該当するサービスを受けた場合に加算されます。

料金、加算については関係法令に基づいて定められており、サービス提供期間中にこれを変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。

- ・入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行った場合に加算されます。
- ・入浴介助加算(Ⅱ)は、入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加え、介護福祉士等が利用者の家を訪問し、浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行った場合に加算されます。
- ・生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の

理学療法士等や医師等からの助言を受けることができる体制を構築し、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成等した場合に加算されます。

- ・生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画等を作成等した場合に加算されます。
- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)イは、機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に合わせた機能訓練を行った場合に加算されます。
- ・認知症専門ケア加算は、認知症にかかる専門的な研修を終了している者を配置し、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ・認知症加算は、認知症にかかる専門的な研修を修了している職員を配置し、認知症の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成した上で、認知症の利用者にサービスを提供した場合に加算されます。
- ・若年性認知症利用者受入加算は、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者のニーズに応じたサービスを提供した場合に加算されます。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)は、介護職員等が6か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を利用者を担当する介護支援専門員等に提供した場合に加算されます。
- ・科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報、疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省へ提出する場合に算定します。
- ・中重度者ケア体制加算は、介護・看護職員の配置を手厚くし、介護度3・4・5の中重度の利用者を基準以上に受け入れる場合に算定します。
- ・サービス提供体制強化加算は、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉サービスを受けていただけるよう職員配置をします。
- ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(単位:円)

| その他の利用料(自己負担)        |        |
|----------------------|--------|
| 食費                   | 680/1回 |
| 趣味活動・複写物交付・日常生活必要諸経費 | 実費     |

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。



## 滑川市老人デイサービスセンター通所介護利用表(1日分)3割負担

(単位:円)

| 通所介護費 |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 区分    | 通常規模型<br>2時間以上<br>3時間未満 | 通常規模型<br>3時間以上<br>4時間未満 | 通常規模型<br>4時間以上<br>5時間未満 | 通常規模型<br>5時間以上<br>6時間未満 | 通常規模型<br>6時間以上<br>7時間未満 | 通常規模型<br>7時間以上<br>8時間未満 | 通常規模型<br>8時間以上<br>9時間未満 |
| 介護度1  | 2,700                   | 3,680                   | 3,860                   | 5,670                   | 5,810                   | 6,550                   | 6,660                   |
| 自己負担額 | 810                     | 1,104                   | 1,158                   | 1,701                   | 1,743                   | 1,965                   | 1,998                   |
| 介護度2  | 3,090                   | 4,210                   | 4,420                   | 6,700                   | 6,860                   | 7,730                   | 7,870                   |
| 自己負担額 | 927                     | 1,263                   | 1,326                   | 2,010                   | 2,058                   | 2,319                   | 2,361                   |
| 介護度3  | 3,500                   | 4,770                   | 5,000                   | 7,730                   | 7,920                   | 8,960                   | 9,110                   |
| 自己負担額 | 1,050                   | 1,431                   | 1,500                   | 2,319                   | 2,376                   | 2,688                   | 2,733                   |
| 介護度4  | 3,900                   | 5,300                   | 5,570                   | 8,760                   | 8,970                   | 10,180                  | 10,360                  |
| 自己負担額 | 1,170                   | 1,590                   | 1,671                   | 2,628                   | 2,691                   | 3,054                   | 3,108                   |
| 介護度5  | 4,300                   | 5,850                   | 6,140                   | 9,790                   | 10,030                  | 11,420                  | 11,620                  |
| 自己負担額 | 1,290                   | 1,755                   | 1,842                   | 2,937                   | 3,009                   | 3,426                   | 3,486                   |

上記の通所介護費に対し、施設にて送迎を行わない場合は片道470円(自己負担額141円)減算いたします。

※3%加算 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合に基本報酬に3%の加算を算定する。  
(減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延人数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り基本報酬の3%に相当する単位数を加算する)

(単位:円)

| 加算                                                                    |           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| 区分                                                                    | 料金        | 自己負担額            |
| ▼入浴介助加算(Ⅰ)                                                            | 400/1日    | 120              |
| ▼入浴介助加算(Ⅱ)                                                            | 550/1日    | 165              |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅰ)                                                        | 1,000/1月  | 300              |
| ▼生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                                        | 2,000/1月  | 600              |
| ▼個別機能訓練加算(Ⅰ)イ                                                         | 560/1日    | 168              |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅰ)                                                         | 30/1日     | 9                |
| ▼認知症専門ケア加算(Ⅱ)                                                         | 40/1日     | 12               |
| ▼認知症加算                                                                | 600/1日    | 180              |
| ▼若年性認知症利用者受入加算                                                        | 600/1日    | 180              |
| ▼口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)                                                    | 200/6月に1回 | 60               |
| ▼科学的介護推進体制加算                                                          | 400/1月    | 120              |
| ●中重度者ケア体制加算                                                           | 450/1日    | 135              |
| ●サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                                      | 220/1回    | 66               |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算※)×59/1000<br>加算※処遇改善加算、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算を除く |           | 介護費による<br>介護費による |
| ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(介護費+加算(介護職員処遇改善加算を除く))×12/1000                      |           | 介護費による<br>介護費による |
| ●介護職員等ベースアップ等支援加算(介護費+加算※)×11/1000                                    |           | 介護費による<br>介護費による |

●・・・配置、体制加算のため、全員に加算されます。 ▼・・・ケアプランにより承認をいただき、該当するサービスを受けた場合に加算されます。

料金、加算については関係法令に基づいて定められており、サービス提供期間中にこれを変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。

- ・入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行った場合に加算されます。
- ・入浴介助加算(Ⅱ)は、入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加え、介護福祉士等が利用者の家を訪問し、浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行った場合に加算されます。
- ・生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の

理学療法士等や医師等からの助言を受けることができる体制を構築し、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成等した場合に加算されます。

- ・生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画等を作成等した場合に加算されます。
- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)イは、機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に合わせた機能訓練を行った場合に加算されます。
- ・認知症専門ケア加算は、認知症にかかる専門的な研修を終了している者を配置し、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ・認知症加算は、認知症にかかる専門的な研修を修了している職員を配置し、認知症の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成した上で、認知症の利用者にサービスを提供した場合に加算されます。
- ・若年性認知症利用者受入加算は、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者のニーズに応じたサービスを提供した場合に加算されます。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)は、介護職員等が6か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を利用者を担当する介護支援専門員等に提供した場合に加算されます。
- ・科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報、疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省へ提出する場合に算定します。
- ・中重度者ケア体制加算は、介護・看護職員の配置を手厚くし、介護度3・4・5の中重度の利用者を基準以上に受け入れる場合に算定します。
- ・サービス提供体制強化加算は、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉サービスを受けていただけるよう職員配置をします。
- ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(単位:円)

| その他の利用料(自己負担)        |        |
|----------------------|--------|
| 食費                   | 680/1回 |
| 趣味活動・複写物交付・日常生活必要諸経費 | 実費     |

ご不明な点がありましたら、お気軽にご相談ください。