

【基本報酬：通常規模型通所介護費】 ※「金沢市=7 等地：1 単位=10.14 円

法定代理受領の場合は下記金額の 1 割または 2 割または 3 割

| サービス区分 |        | (単位数)   | 費用額<br>(10 割分) | 利用者負担額  |         |         |
|--------|--------|---------|----------------|---------|---------|---------|
|        |        |         |                | 1 割負担   | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 要介護 1  | 1 日につき | 658 単位  | 6,672 円        | 668 円   | 1,335 円 | 2,002 円 |
| 要介護 2  | 1 日につき | 777 単位  | 7,878 円        | 788 円   | 1,576 円 | 2,364 円 |
| 要介護 3  | 1 日につき | 900 単位  | 9,126 円        | 913 円   | 1,826 円 | 2,738 円 |
| 要介護 4  | 1 日につき | 1023 単位 | 10,373 円       | 1,038 円 | 2,075 円 | 3,112 円 |
| 要介護 5  | 1 日につき | 1148 単位 | 11,640 円       | 1,164 円 | 2,328 円 | 3,492 円 |

## 【加算・減算】

|                    |                 | (単位数)  | 費用額<br>(10 割分) | 利用者負担額 |       |       |
|--------------------|-----------------|--------|----------------|--------|-------|-------|
|                    |                 |        |                | 1 割負担  | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 個別機能訓練加算(I)イ       | 1 日につき          | 56 単位  | 567 円          | 57 円   | 114 円 | 171 円 |
| 個別機能訓練加算(I)ロ       | 1 日につき          | 76 単位  | 770 円          | 77 円   | 154 円 | 231 円 |
| 個別機能訓練加算(II)       | 1 月につき          | 20 単位  | 202 円          | 21 円   | 41 円  | 61 円  |
| 入浴介助加算(Ⅰ)          | 1 回につき          | 40 単位  | 405 円          | 41 円   | 81 円  | 122 円 |
| 入浴介助加算(Ⅱ)          | 1 回につき          | 55 単位  | 557 円          | 56 円   | 112 円 | 168 円 |
| ADL 維持等加算(I)       | 1 月につき          | 30 単位  | 304 円          | 31 円   | 61 円  | 92 円  |
| ADL 維持等加算(II)      | 1 月につき          | 60 単位  | 608 円          | 61 円   | 122 円 | 183 円 |
| 口腔機能向上加算(II)       | 1 月につき<br>2 回まで | 160 単位 | 1,622 円        | 163 円  | 325 円 | 487 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I)  | 6 月につき          | 20 単位  | 202 円          | 21 円   | 41 円  | 61 円  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(II) | 6 月につき          | 5 単位   | 50 円           | 5 円    | 10 円  | 15 円  |
| 科学的介護推進体制加算        | 1 月につき          | 40 単位  | 405 円          | 41 円   | 81 円  | 122 円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)    | 1 回につき          | 22 単位  | 220 円          | 223 円  | 446 円 | 669 円 |

| 介護職員処遇改善加算(Ⅰロ) | 1月につき | 総単位数の<br>12 % | 左の単位数に<br>10.14 を乗じた<br>額 | 左の費用額<br>の1割 | 左の費用額<br>の2割 | 左の費用額<br>の3割 |
|----------------|-------|---------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 送迎を行わない場合      | 片道につき | ▲47 単位        | ▲476 円                    | ▲48 円        | ▲96 円        | ▲143 円       |

【その他の費用】

|                               |                                                                                                                         |                                                                 |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 通常の事業の実施地域を超えて行う<br>事業に要する交通費 | 公共交通機関の場合<br>車の場合（一律）                                                                                                   | 実費相当額<br>300 円                                                  |
| 食事に関する費用                      | ①食事代（おやつ代を含む）<br>※生活保護受給者の方（おやつ代を含む）<br>※食形態が変更の方（おやつ代を含む）<br>②特別食（月回数）<br>※生活保護受給者の方（おやつ代を含む）<br><br>③おやつのみの場合<br>④喫茶代 | 800 円<br>400 円<br>900 円<br>実費<br>実費相当の半額<br><br>100 円<br>100 円  |
| その他の費用                        | ①紙・パンツ・パッド（各1枚）<br>②教養娯楽費・レクリエーション費<br>③サービス提供時間外の延長（1時間）                                                               | 100 円<br>実費相当<br>1,500 円                                        |
| キャンセル料                        | ①前日までの連絡<br>②当日の連絡<br>※食形態が変更の方<br>※特別食の日<br>※生活保護受給者の方                                                                 | 0 円<br>800 円<br>900 円<br>実費相当<br>当日の食事代金<br>の半額<br>お弁当の日は<br>実費 |

※利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：076-247-8200

| サービス区分                   |        | (単位数)    | 費用額<br>(10 割分) | 利用者負担額  |         |          |
|--------------------------|--------|----------|----------------|---------|---------|----------|
|                          |        |          |                | 1 割負担   | 2 割負担   | 3 割負担    |
| 事業対象者・要支援 1<br>(週 1 回程度) | 1 月につき | 1,798 単位 | 18,231 円       | 1,824 円 | 3,647 円 | 5,470 円  |
| 事業対象者・要支援 2<br>(週 2 回程度) | 1 月につき | 3,621 単位 | 36,716 円       | 3,672 円 | 7,344 円 | 11,015 円 |

## 【加算・減算】

|                                            |                 | (単位数)        | 費用額<br>(10 割分)            | 利用者負担額         |                |                |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|
|                                            |                 |              |                           | 1 割負担          | 2 割負担          | 3 割負担          |
| 口腔機能向上加算(II)                               | 1 月につき<br>2 回まで | 160 単位       | 1,622 円                   | 163 円          | 325 円          | 487 円          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I)                          | 6 月につき          | 20 単位        | 202 円                     | 21 円           | 41 円           | 61 円           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(II)                         | 6 月につき          | 5 単位         | 50 円                      | 5 円            | 10 円           | 15 円           |
| 科学的介護推進体制加算                                | 1 月につき          | 40 単位        | 405 円                     | 41 円           | 81 円           | 122 円          |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>事業対象者(週 1 回程度)<br>要支援 1 | 1 月につき          | 88 単位        | 892 単位                    | 89 円           | 178 円          | 268 円          |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>事業対象者(週 2 回程度)<br>要支援 2 | 1 月につき          | 176 単位       | 1,785 円                   | 178 円          | 357 円          | 535 円          |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)                            | 1 月につき          | 総単位数の<br>12% | 左の単位数に<br>10.14 を乗じた<br>額 | 左の費用額<br>の 1 割 | 左の費用額<br>の 2 割 | 左の費用額<br>の 3 割 |
| 送迎を行わない場合                                  | 片道につき           | ▲47 単位       | ▲476 円                    | ▲48 円          | ▲96 円          | ▲143 円         |

## 【その他の費用】

|                               |                                        |                |
|-------------------------------|----------------------------------------|----------------|
| 通常の事業の実施地域を超えて行う<br>事業に要する交通費 | 公共交通機関の場合<br>車の場合 (一律)                 | 実費相当額<br>300 円 |
| 食事に関する費用                      | ①食事代 (おやつ代を含む)<br>※生活保護受給者の方 (おやつ代を含む) | 800 円<br>400 円 |
|                               | ※食形態が変更の方 (おやつ代を含む)                    | 900 円          |
|                               | ②特別食 (月回数)<br>※生活保護受給者の方 (おやつ代を含む)     | 実費<br>実費相当の半額  |
|                               | ③おやつのみの場合                              | 100 円          |
|                               | ④喫茶代                                   | 100 円          |

|        |                    |                                |
|--------|--------------------|--------------------------------|
| その他の費用 | ①紙パンツ・パッド（各1枚）     | 100 円                          |
|        | ②教養娯楽費・レクリエーション費   | 実費相当                           |
|        | ③サービス提供時間外の延長（1時間） | 1,500 円                        |
| キャンセル料 | ①前日までの連絡           | 0 円                            |
|        | ②当日の連絡             | 800 円                          |
|        | ※食形態が変更の方          | 900 円                          |
|        | ※特別食の日             | 実費相当                           |
|        | ※生活保護受給者の方         | 当日の食事代金<br>の半額<br>お弁当の日は<br>実費 |

※利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：076-247-8200