

療養通所介護料金表

令和3年4月1日より適用

[基本料金]

1単位=10.72円(地域単価 2級地)

サービス内容	単位数	料金			備考
		1割負担	2割負担	3割負担	
地域療養通所介護	12,691	¥13,605	¥27,210	¥40,815	ひと月単位での料金となります
以下の場合、ご利用料金に変動がございます。 □※1:算定月における利用者様一人当たりの利用回数が平均月5回以下の場合、その月に利用された方全員が上記利用料の <u>70%</u> となります。					
地域療養通所介護(※1)	8,884	¥9,524	¥19,048	¥28,571	ひと月単位での料金となります
□月の途中でのご契約、ご解約は日割り計算をいたします。					

[加算料金]

加算名	単位数	料金			備考
		1割負担	2割負担	3割負担	
地域通所介護 サービス提供体制強化加算Ⅲ(ロ)	24	¥26	¥52	¥78	ひと月単位での加算料金です
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	¥22	¥43	¥65	利用開始時と、以降は半年に1回の加算料金です
介護職員処遇改善加算Ⅰ (5.9%)	750	¥804	¥1,608	¥2,412	ひと月単位での加算料金です
介護職員処遇改善加算Ⅰ(※1) (5.9%)	525	¥563	¥1,126	¥1,689	ひと月単位での加算料金です
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ (1.2%)	153	¥164	¥328	¥492	ひと月単位での加算料金です
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ(※1) (1.2%)	107	¥115	¥230	¥345	ひと月単位での加算料金です

ひと月のご利用料目安

※上記、基本利用料・各加算の合計です。 ※利用時と半年毎に算定される 口腔・栄養スクリーニング加算は含めていません。	1割負担	2割負担	3割負担
	¥14,599	¥29,198	¥43,797
※上記(※1=基本利用料が70%となった場合)と各加算の合計です。 ※利用時と半年毎に算定される 口腔・栄養スクリーニング加算は含めていません。	1割負担	2割負担	3割負担
	¥10,228	¥20,456	¥30,683

[実費]

物品	単価
紙オムツ	¥120
パッド	¥30

～ 加算について ～

◆地域通所介護サービス提供体制強化加算Ⅲ(ロ)とは

厚生労働省が定める以下の基準(※1)に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が加算ができるというものです。

※1.介護福祉士の強化。介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である。

(当事業所 93%平成27年3月算出)

◆介護職員処遇改善加算Ⅰ及び介護職員等特定処遇改善加算Ⅰとは

厚生労働省が定める以下の基準(※1)に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が加算ができるというものです。

※2. 介護職員の職務内容を踏まえ、資質向上のための目標及び具体的な取り組みを定め、周知していること。

資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行い、資格取得支援の実施を行う。

◆口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)とは

厚生労働大臣が定める以下の基準を維持することで加算可能となるものです。

・利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態、また栄養状態について確認を行い、それについての情報を介護支援専門員に提供していること。

(当該利用者の口腔の健康状態・栄養状態が

低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む)

・通所介護費等算定方法第五号の二に掲げる基準のいずれにも適合しないこと。

～ その他 ～

◆介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険負担割合となります。

◆この金額は介護保険の法定料金に基づく金額です。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

◆利用料は、ご指定口座からの自動振替にてお支払いいただきます。

◆サービスの中止、又は変更などはお早めにご連絡ください。