

料 金 表

通所介護事業所 ユーシャイン

時間別単価

【地域密着型通所介護費】

(1日あたり)

	時減：2時間以上3時間未満				3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満				6時間以上7時間未満			
	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
要介護1	3,050円	305円	610円	915円	4,160円	416円	832円	1,248円	4,360円	436円	872円	1,308円	6,570円	657円	1,314円	1,971円	6,780円	678円	1,356円	2,034円
要介護2	3,510円	351円	702円	1,053円	4,780円	478円	956円	1,434円	5,010円	501円	1,002円	1,503円	7,760円	776円	1,552円	2,328円	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要介護3	3,960円	396円	792円	1,188円	5,400円	540円	1,080円	1,620円	5,660円	566円	1,132円	1,698円	8,960円	896円	1,792円	2,688円	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護4	4,400円	440円	880円	1,320円	6,000円	600円	1,200円	1,800円	6,290円	629円	1,258円	1,887円	10,130円	1,013円	2,026円	3,039円	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
要介護5	4,870円	487円	974円	1,461円	6,630円	663円	1,326円	1,989円	6,950円	695円	1,390円	2,085円	11,340円	1,134円	2,268円	3,402円	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円

	7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円	7,830円	783円	1,566円	2,349円
要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円	10,720円	1,072円	2,144円	3,216円
要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円	12,200円	1,220円	2,440円	3,660円
要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円	13,650円	1,365円	2,730円	4,095円

	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
通所介護費 利用前後介護 (9時間以上10時間未満)	8H9H単位 +50	8H9H単位 +100	8H9H単位 +150
通所介護費 利用前後介護 (10時間以上11時間未満)	8H9H単位 +100	8H9H単位 +200	8H9H単位 +300
通所介護費 利用前後介護 (11時間以上12時間未満)	8H9H単位 +150	8H9H単位 +300	8H9H単位 +450
通所介護費 利用前後介護 (12時間以上13時間未満)	8H9H単位 +200	8H9H単位 +400	8H9H単位 +600
通所介護費 利用前後介護 (13時間以上14時間未満)	8H9H単位 +250	8H9H単位 +500	8H9H単位 +750

加算要素	算定単位	費用総額	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算 (I)	1日につき	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症受入加算	2日につき	600円	60円	120円	180円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (I) イ	1日につき	560円	56円	112円	168円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (II)	1月につき	200円	20円	40円	60円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	1回につき (月2回を限度)	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I)	1回につき (月2回を限度)	1,500円	150円	300円	450円
<input type="checkbox"/> 送迎の未実施	片道1回につき		基本単価-47	基本単価-94	基本単価-141
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	1月につき	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日につき	60円	6円	12円	18円
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月につき	所定単位	9.0%	9.0%	9.0%

※ サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

保険外サービス

サービス内容	算定単位	自己負担額
<input type="checkbox"/> 食費	1食につき	1日あたり600円
<input type="checkbox"/> 洗濯代	1回につき	1回あたり100円
<input type="checkbox"/> おむつ代	1枚につき	実費
<input type="checkbox"/> 交通費 (庄原市外のみ)	片道につき	1kmあたり38円