

地域密着型通所介護なんぶやすらぎ 利用料金表 (2024年6月1日～)

地域区分: 7級地 単価: 10.14 当事業所の地域区分は7級地となり、1単位の単価は10.14円となります。

■ 地域密着型通所介護

■ 地域密着型通所介護				B: A×単価 (1円未満切捨)		C: B×0.9 (1円未満切捨)		D: B×0.8 (1円未満切捨)		E: B×0.7 (1円未満切捨)		B-E	
	区分	要介護度	単位	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】			
基本時間	6時間以上 7時間未満	要介護1	678	6,874	6,186	688	5,499	1,375	4,811	2,063			
		要介護2	801	8,122	7,309	813	6,497	1,625	5,685	2,437			
		要介護3	925	9,379	8,441	938	7,503	1,876	6,565	2,814			
		要介護4	1,049	10,636	9,572	1,064	8,508	2,128	7,445	3,191			
		要介護5	1,172	11,884	10,695	1,189	9,507	2,377	8,318	3,566			
短時間利用の場合	3時間以上 4時間未満	要介護1	416	4,218	3,796	422	3,374	844	2,952	1,266			
		要介護2	478	4,846	4,361	485	3,876	970	3,392	1,454			
		要介護3	540	5,475	4,927	548	4,380	1,095	3,832	1,643			
		要介護4	600	6,084	5,475	609	4,867	1,217	4,258	1,826			
		要介護5	663	6,722	6,049	673	5,377	1,345	4,705	2,017			
	4時間以上 5時間未満	要介護1	436	4,421	3,978	443	3,536	885	3,094	1,327			
		要介護2	501	5,080	4,572	508	4,064	1,016	3,556	1,524			
		要介護3	566	5,739	5,165	574	4,591	1,148	4,017	1,722			
		要介護4	629	6,378	5,740	638	5,102	1,276	4,464	1,914			
		要介護5	695	7,047	6,342	705	5,637	1,410	4,932	2,115			
	5時間以上 6時間未満	要介護1	657	6,661	5,994	667	5,328	1,333	4,662	1,999			
		要介護2	776	7,868	7,081	787	6,294	1,574	5,507	2,361			
		要介護3	896	9,085	8,176	909	7,268	1,817	6,359	2,726			
		要介護4	1,013	10,271	9,243	1,028	8,216	2,055	7,189	3,082			
		要介護5	1,134	11,498	10,348	1,150	9,198	2,300	8,048	3,450			

- ① 通所介護費については、当事業所の定員(10名)は「地域密着型通所介護」での算定となり、本料金表では、サービス提供時間「6時間以上7時間未満」を基本サービス料としています。
- ② 送迎料金は通所介護費に含まれます。
- ③ その他、サービスの内容に応じて、別紙のとおり加算が上乘せされます。

※利用料の算定は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

※住民税非課税世帯の利用者で、収入・財産等の要件に該当する利用者については、利用料金が減額となる場合があります。

手続きについては、担当のケアマネジャーにご相談ください。

■ 加 算 等

A		B: A×単価 (1円未満切捨)	C: B×0.9 (1円未満切捨)	B－C	D: B×0.8 (1円未満切捨)	B－D	E: B×0.7 (1円未満切捨)	B－E
加算名称	単位	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】
入浴介助加算Ⅰ/日	40	405	364	41	324	81	283	122
入浴介助加算Ⅱ/日	55	557	501	56	445	112	389	168
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)/日	56	567	510	57	453	114	396	171
口腔機能向上加算Ⅰ/回 (月2回を限度)	150	1,521	1,368	153	1,216	305	1,064	457
送迎を行わない場合の減算 /片道につき	－47	－476	－428	－48	－380	－96	－333	－143
サービス提供体制強化加算Ⅰ/回	22	223	200	23	178	45	156	67
個別機能訓練加算Ⅱ/月 (※)	20	202	181	21	161	41	141	61
口腔機能向上加算Ⅱ/回 (※) (月2回を限度)	160	1,622	1,459	163	1,297	325	1,135	487
科学的介護推進体制加算/月 (※)	40	405	364	41	324	81	283	122

名称	加算・減算割合
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の9.2%を加算

所定単位数・・・基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数

- ・入浴介助加算Ⅰ・・・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、入浴介助を行います。
- ・入浴介助加算Ⅱ・・・利用者が自宅において自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や、専門職が自宅を訪問して把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、その計画に基づいて個別の入浴介助を行った場合に算定します。
- ・個別機能訓練加算Ⅰ(イ)・・・専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、個別機能訓練計画を作成して直接訓練を行います。3か月に1回ご自宅を訪問して評価し、必要であれば見直しを行います。
- ・口腔機能向上加算Ⅰ・・・口腔機能が低下している方やそのおそれのある方に対して、その方の口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃の指導や実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導や実施を行います。
- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・介護職員のうち、介護福祉士の資格のある職員を70%以上配置しています。

(※)以下、厚生労働省にデータを提出し、継続的なケアの質向上に取り組んだ場合に算定する加算です。(2024年8月から算定予定)

- ・個別機能訓練加算Ⅱ・・・利用者ごとの個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって必要な情報を活用した場合に算定します。
- ・口腔機能向上加算Ⅱ・・・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって必要な情報を活用した場合に算定します。(口腔機能向上加算ⅠとⅡは併算定しない)
- ・科学的介護推進体制加算・・・利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス

■ 実 費 徴 収

下記料金については、全額がご利用者の自己負担となります。

- 1、食事料金(おやつ代含む) 700円/回
- 2、教養娯楽費(レクリエーション等にかかる費用) 利用1回あたり/実費
- 3、キャンセル料 当日キャンセルの場合は、食事料金700円をご負担いただきます
- 4、通常の事業実施地域外への送迎に要する費用 頂きません
- 5、コピー代 実費

■ なんぶやすらぎ 介護予防型通所サービス 利用料金表 (2024年4月1日～)

＜基本報酬＞ (月額包括報酬)

報酬 単価 ／ 月	区分	単位／月	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】
	事業対象者・要支援1 ※週1回程度利用	1,798	18,231	16,407	1,824	14,584	3,647	12,761	5,470
	事業対象者・要支援2 ※週2回程度利用	3,621	36,716	33,044	3,672	29,372	7,344	25,701	11,015

- ① 入浴料金・送迎料金は基本報酬に含まれます。
② その他、サービスの内容に応じて、以下のとおり加算が上乗せされます。

＜加算 等＞

加算名称	単位	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】
口腔機能向上加算Ⅰ／月	150	1,521	1,368	153	1,216	305	1,064	457
送迎減算 (事業所が送迎を行わない場合)	-47	-476	-428	-48	-380	-96	-333	-143
サービス提供体制強化加算Ⅰ／月								
要支援1	88	892	802	90	713	179	624	268
要支援2	176	1,784	1,605	179	1,427	357	1,248	536
口腔機能向上加算Ⅱ／月 (※)	160	1,622	1,459	163	1,297	325	1,135	487
科学的介護推進体制加算／月 (※)	40	405	364	41	324	81	283	122

名称	加算・減算割合
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の9.2%を加算

所定単位数・・・基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数

- ・口腔機能向上加算Ⅰ・・・口腔機能が低下している方やそのおそれのある方に対して、その方の口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃の指導や実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導や実施を行います。
・サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・介護職員のうち、介護福祉士の資格のある職員を70%以上配置しています。

(※)以下、厚生労働省にデータを提出し、継続的なケアの質向上に取り組んだ場合に算定する加算です。(2024年8月から算定予定)

- ・口腔機能向上加算Ⅱ・・・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって必要な情報を活用した場合に算定します。(口腔機能向上加算ⅠとⅡは併算定しない)
・科学的介護推進体制加算・・・利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定します。

※利用料の算定は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
※住民税非課税世帯の利用者で、収入・財産等の要件に該当する利用者については、利用料金が減額となる場合があります。
手続きについては、担当のケアマネジャーにご相談ください。

■ 実 費 徴 収

下記料金については、全額がご利用者の自己負担となります。

- 1、食事料金(おやつ代含む) 700円/回
2、教養娯楽費(レクリエーション等にかかる費用) 利用1回あたり/実費
3、キャンセル料 当日キャンセルの場合は、食事料金700円をご負担いただきます
4、通常の事業実施地域外への送迎に要する費用 頂きません
5、コピー代 実費