

あかつき苑 地域密着通所介護

1.介護保険対象

介護報酬単位 (地域区分7級地 単価10.14円)

費用額の計算

【費用額(10割分)の計算】

・費用額=【費用単位数×1単位の単価(端数は切り捨て)】

費用単位数=(基本報酬+該当する加算(下記))

【利用者負担額(1割の場合)の計算】

・利用者負担額=【10割分の額-(10割分の額×0.9(1円未満切り捨て))】

		(単位数) 1単位10.14円	費用額 (10割)	利用者負担額		
				1割	2割	3割
要介護1	3~4時間	415	4,498円	450円	900円	1,350円
	4~5時間	435	4,715円	472円	944円	1,415円
	5~6時間	655	7,100円	710円	1,420円	2,130円
	6~7時間	676	7,328円	733円	1,466円	2,199円
	7~8時間	750	8,130円	813円	1,626円	2,439円
	8~9時間	780	8,455円	846円	1,691円	2,537円
要介護2	3~4時間	476	5,160円	516円	1,032円	1,548円
	4~5時間	499	5,409円	541円	1,082円	1,623円
	5~6時間	773	8,379円	838円	1,676円	2,514円
	6~7時間	798	8,650円	866円	1,731円	2,596円
	7~8時間	887	9,615円	962円	1,923円	2,885円
	8~9時間	922	9,994円	1,000円	1,999円	2,999円
要介護3	3~4時間	538	5,832円	584円	1,167円	1,750円
	4~5時間	564	6,114円	612円	1,223円	1,835円
	5~6時間	893	9,680円	968円	1,936円	2,904円
	6~7時間	922	9,994円	1,000円	1,999円	2,999円
	7~8時間	1,028	11,143円	1,115円	2,229円	3,343円
	8~9時間	1,068	11,577円	1,158円	2,316円	3,474円
要介護4	3~4時間	598	6,482円	649円	1,297円	1,945円
	4~5時間	627	6,796円	680円	1,360円	2,039円
	5~6時間	1,010	10,948円	1,095円	2,190円	3,285円
	6~7時間	1,045	11,327円	1,133円	2,266円	3,399円
	7~8時間	1,168	12,661円	1,267円	2,533円	3,799円
	8~9時間	1,216	13,181円	1,319円	2,637円	3,955円
要介護5	3~4時間	661	7,165円	717円	1,434円	2,150円
	4~5時間	693	7,512円	752円	1,503円	2,254円
	5~6時間	1,130	12,249円	1,225円	2,450円	3,675円
	6~7時間	1,168	12,661円	1,267円	2,533円	3,799円
	7~8時間	1,308	14,178円	1,418円	2,836円	4,254円
	8~9時間	1,360	14,742円	1,475円	2,949円	4,423円

②日常生活支援総合事業(料金は月単位)

介護度	(単位数) 1単位 10.14円	費用額 (10割)	利用者負担額		
			1割	2割	3割
要支援1	1,672	18,124	1,813円	3,625円	5,438円
要支援2	3,428	37,158	3,716円	7,432円	11,148円

③【その他加算】

	算定項目	算定単位	単位数	
毎回加算される加算	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数の5.9%	
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月につき	所定単位数の1.0%	
該当者のみ加算される加算	入浴介助加算Ⅰ	1日に付き	40	
	若年性認知症受入加算(65歳未満)	1日に付き	60	
	同一建物減算(サ高住に住居の方)	1回につき	-94	
	通所介護送迎減算(送迎を伴わない場合)	1回につき	-47	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	1月に付き	100	
	個別機能訓練加算Ⅰイ	1日に付き	56	
	科学的介護推進体制加算	1月に付き	40	
	認知症加算	1日に付き	60	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日に付き	6	
	口腔機能向上加算Ⅰ	1回につき	150	
	延長料金	9時間以上10時間未満の場合	1回につき	50
		10時間以上11時間未満の場合	1回につき	100
		11時間以上12時間未満の場合	1回につき	150
12時間以上13時間未満の場合		1回につき	200	
13時間以上14時間未満の場合		1回につき	250	

2.介護保険対象外費用

昼食費	1食あたり	500円
おやつ代	1日に付き	100円