

介護予防・日常生活支援総合事業 第 1 号通所事業(指定相当通所型サービス)利用料金表

○【基本サービス：指定相当通所型サービス】※田辺市・みなべ町・白浜町・印南町が定める料金に準ずる。

項 目			1割負担額	2割負担額	3割負担額
通所型独自サービス費1回数	1回につき	事業対象者又は要支援1 1月の中で4回までのサービス を行った場合	436円	872円	1,308円
通所型独自サービス費2回数	1回につき	事業対象者又は要支援2 1月の中で5回から8回までの サービスを行った場合	447円	894円	1,341円

※上記基本サービス料には送迎代が含まれていますが、送迎を実施していない場合

(ご家族様が送迎を行う等)は、片道47円(1割負担の場合)または94円(2割負担の場合)または141円(3割負担の場合)の減額となります。

○【加算：指定相当通所型サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本サービスに以下の料金が加算されます。

項 目		1割負担額	2割負担額	3割負担額
◎若年性認知症利用者受入加算		1月につき	1月につき	1月につき
・若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。		240円	480円	720円
◎サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1月につき	1月につき	1月につき
・介護福祉士が70%以上配置されていること。 ・勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上配置されていること。 ※上記いずれかに該当すること		88円	176円	264円
		1月につき	1月につき	1月につき
事業対象者又は要支援2		176円	352円	528円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1月につき	1月につき	1月につき
事業対象者又は要支援1		72円	144円	216円
介護福祉士が50%以上配置されていること。		1月につき	1月につき	1月につき
事業対象者又は要支援2		144円	288円	432円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		1月につき	1月につき	1月につき
・介護福祉士が40%以上配置されていること。 ・勤続年数7年以上の職員が30%以上配置されていること。 ※上記いずれかに該当すること		24円	48円	72円
		1月につき	1月につき	1月につき
事業対象者又は要支援2		48円	96円	144円
項 目		1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上グループ活動加算		1月につき	1月につき	1月につき
自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、グループで生活機能の向上を目的とした活動を行うこと。 ※集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合は算定不可。		100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅰ		1月につき	1月につき	1月につき
・当該事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成すること。 ※3月に1回を限度とする		100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ		1月につき	1月につき	1月につき
・当該事業所の理学療法士等が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・医師等が訪問して行う場合に算定 (ⅠとⅡは併算不可)		200円	400円	600円
栄養改善加算		1月につき	1月につき	1月につき
・当該事業所又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しており、利用者の栄養状態を利用開始時に把握し管理栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成していること。 ・利用者ごとに管理栄養士等が栄養改善サービスを行い必要に応じて居宅を訪問し利用者の栄養状態を定期的に記録し進捗状況を定期的に評価している場合。		200円	400円	600円
栄養アセスメント加算		1月につき	1月につき	1月につき
・当該事業所又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しており、利用者ごとに管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施しその結果を家族又は利用者に説明し相談等に応じた場合。 ・利用者ごとの情報を厚生労働省に提出し、当該情報を活用していること。		50円	100円	150円

項	目	1割負担額	2割負担額	3割負担額
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	・当該事業所の職員が、利用者開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月に1回を限度とする。	1回につき 20円	1回につき 40円	1回につき 60円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	・利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月に1回を限度とする。	1回につき 5円	1回につき 10円	1回につき 15円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、看護職員・介護員その他の職種のもの共同して利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し口腔機能向上サービスを行っているとともに、定期的に記録をし評価すること。	1月につき 150円	1月につき 300円	1月につき 450円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	・口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画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あたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ※(ⅠとⅡは併算定不可)	1月につき 160円	1月につき 320円	1月につき 480円
科学的介護推進体制加算	・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の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ていること。 ・必要に応じてサービス計画書を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他サービス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こと。	1月につき 40円	1月につき 80円	1月につき 120円
◎介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に9.2%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に9.0%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数に8.0%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数に6.4%を乗じた単位数			
※上記介護職員等処遇改善加算については(Ⅰ)～(Ⅳ)のいずれか1つのみ算定可能。				

※令和6年6月1日時点で、当事業所が取得している加算は◎がついている加算となります。

※上記加算は毎月のご利用者及び職員の状況等により変わることがありますので、ご了承ください。

○実費利用料

- ・食事の提供(食費)
ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金 1回あたり 660円

- ・日常生活品の購入代金等

オムツ代	: 尿パッド	50円	
	: リハビリパン	M 140円	L 150円
	: 紙オムツ	M 130円	L 160円