

■介護保険給付対象サービスの利用料

単位:円

| | 1割負担 | | | | | | 2割負担 | | | | | | 3割負担 | | | | | | 計算 単位 | | |
|--------|------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------|-----|----|
| | 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 | 7時間以上 8時間未満 | 8時間以上 9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 | 7時間以上 8時間未満 | 8時間以上 9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 | 7時間以上 8時間未満 | 8時間以上 9時間未満 | | | |
| デイサービス | 要介護1 | 445 | 466 | 702 | 725 | 805 | 837 | 889 | 932 | 1,404 | 1,449 | 1,609 | 1,673 | 1,333 | 1,397 | 2,105 | 2,173 | 2,413 | 2,509 | 1日 | |
| | 要介護2 | 511 | 535 | 829 | 856 | 951 | 988 | 1,021 | 1,070 | 1,658 | 1,711 | 1,901 | 1,976 | 1,532 | 1,605 | 2,487 | 2,567 | 2,852 | 2,964 | 1日 | |
| | 要介護3 | 577 | 605 | 957 | 988 | 1,103 | 1,145 | 1,154 | 1,209 | 1,914 | 1,976 | 2,205 | 2,290 | 1,731 | 1,814 | 2,871 | 2,964 | 3,307 | 3,435 | 1日 | |
| | 要介護4 | 641 | 672 | 1,082 | 1,121 | 1,252 | 1,303 | 1,282 | 1,344 | 2,164 | 2,241 | 2,504 | 2,606 | 1,923 | 2,016 | 3,246 | 3,361 | 3,755 | 3,909 | 1日 | |
| | 要介護5 | 708 | 743 | 1,212 | 1,252 | 1,402 | 1,458 | 1,416 | 1,485 | 2,423 | 2,504 | 2,803 | 2,916 | 2,124 | 2,227 | 3,634 | 3,755 | 4,204 | 4,374 | 1日 | |
| | 入浴介助加算Ⅱ または Ⅰ | 59 または 43 | | | | | | 118 または 86 | | | | | | 177 または 129 | | | | | | 1日 | |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 1月あたり利用料×5.9% ※区分支給限度基準額には含まれません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1月 | |
| | 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | 1月あたり利用料×1.0% ※区分支給限度基準額には含まれません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1月 | |
| | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1月あたり利用料×1.1% ※区分支給限度基準額には含まれません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1月 | |
| 加算・減算 | 時間延長サービス(加算) | 9時間以上10時間未満 | | | | | | 54 | | | | | | 107 | | | | | | 161 | |
| | | 10時間以上11時間未満 | | | | | | 107 | | | | | | 214 | | | | | | 321 | |
| | | 11時間以上12時間未満 | | | | | | 161 | | | | | | 321 | | | | | | 481 | |
| | | 12時間以上13時間未満 | | | | | | 214 | | | | | | 428 | | | | | | 641 | |
| | | 13時間以上14時間未満 | | | | | | 267 | | | | | | 534 | | | | | | 801 | |
| | | ※9時間以上14時間未満の部分のみ適用されますので、9時間未満の部分及び14時間以上の部分は、自費が適用されます(534円)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 業務継続計画未策定減算 | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | |
| | | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | |
| | | 送迎減算 | -51 | | | | | | -101 | | | | | | -151 | | | | | | 片道 |
| | | 同一建物減算 | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | |
| | サービス提供体制強化加算 | 20 | | | | | | 39 | | | | | | 58 | | | | | | 1回 | |
| | 中山間地域等提供加算 | | | | | | | 5.0% | | | | | | | | | | | | ※ | |
| | 中重度者ケア体制加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活相談員等配置加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 中重度者ケア体制加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活機能向上連携加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個別機能訓練加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL維持等加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認知症加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 若年性認知症受入加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 栄養アセスメント加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 栄養改善加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口腔機能向上加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 科学的介護推進体制加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 重度者ケア体制加算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | キャンセル料 | 700円(税込) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

■介護保険給付対象外サービスの利用料

| | |
|------------------|---|
| 食費(昼食代) | 1食 700円 |
| 夕食代 | 1食 700円 |
| 夕食お弁当代 | 1食 700円(税込) |
| おやつ代 | 無料 |
| おむつ・リハビリパンツ・パッド代 | 1枚 165円(税込) |
| 洗濯代 | 1回 165円(税込) |
| 通常実施地域を越える交通費 | 通常の実施地域を越えたところから、1Kmにつき20円 |
| その他日常生活費 | ・個別の希望によるレクリエーション材料費等の実費 ・利用者の希望による記録の複写にかかる実費 |