

海老名市・綾瀬市・座間市 (要介護者)

通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費（通常規模型）】

利用料（3時間以上～4時間未満）

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費				
		基本単位	介護報酬総額 (基本単位 ×10.54円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	370単位	3,899円	390円	780円	1,170円
	要介護2	423単位	4,458円	446円	892円	1,338円
	要介護3	479単位	5,048円	505円	1,010円	1,515円
	要介護4	533単位	5,617円	562円	1,124円	1,686円
	要介護5	588単位	6,197円	620円	1,240円	1,860円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額				
		基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.54 円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	当該加算の体制・人員要件を満たし、利用者への機能訓練を行った場合（配置時間に定めのない専従機能訓練指導員1名以上配置）	56単位	590円	59円/日	118円/日	177円/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	当該加算の体制・人員要件を満たし、利用者への機能訓練を行った場合（Ⅰの要件に加え、合計で2名以上の機能訓練指導員を配置）	76単位	801円	81円/日	161円/日	241円/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること	20単位	210円	21円/日	42円/日	63円/日
口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能の向上を目的として個別的に指導・訓練を行った場合（1月2回まで）	150単位	1,581円	159円/回	317円/回	475円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)	(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導の計画等の情報を厚生労働省に提出していること（3ヶ月以内、月2回まで）	160単位	1,686円	169円/回	338円/回	506円/回
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの基本的な情報を厚生労働省に提出していること	40単位	421円	43円/月	85円/月	127円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること	18単位	189円	19円/回	38円/回	57円/回

介護職員処遇改善加算	1月につき（利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定） ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数	
加算（Ⅰ）	要件	処遇改善加算の単位数
	キャリアパス要件(Ⅰ)～(Ⅴ)、月額賃金改善要件、 職場環境等要件を満たす対象事業所	介護報酬総単位数※×9.2% (1単位未満の端数は四捨五入)

(3) その他の費用

その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。
交通費 (送迎範囲外)	通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費は、事業実施地域を超えた地点から1kmごとに20円（往復）を徴収致します。
キャンセル料	利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。（注3）（注4） 利用予定日前日17:30まで：0% 利用予定日当日：利用者負担金100%の金額

海老名市 (要支援者)

(2) 日常生活支援総合事業の利用

利用者の 要介護度	通所型独自サービス費					
	基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.54円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照	
要支援1 事業対象者		1,798単位	18,950円	1,895円/月	3,790円/月	5,685円/月
	日割の場合	59単位	621円	63円/日	125円/日	187円/日
要支援2(週1回程度) 事業対象者(週1回程度)		1,811単位	19,087円	1,909円/月	3,818円/月	5,727円/月
	日割の場合	60単位	632円	64円/日	127円/日	190円/日
要支援2(週2回程度) 事業対象者(週2回程度)		3,621単位	38,165円	3,817円/月	7,633円/月	11,450円/月
	日割の場合	119単位	1,254円	126円/日	251円/月	377円/月

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額					
		基本単位	介護報酬 総額 (基本単位× 10.54円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1 割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2 割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3 割) ※(注2)参照	
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の向上を目的として個別的に指導・訓練を行った場合(1月につき1回まで)	150単位	1,581円	159円	317円	475円	
口腔機能向上加算Ⅱ	(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導の計画等の情報を厚生労働省に提出していること(3ヶ月以内、月2回まで)	160単位	1,686円	169円	338円	506円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること	要支援1 事業対象者で週1回程度	72単位	758円	76円	152円	228円
		要支援2 事業対象者で週2回程度	144単位	1,517円	152円	304円	456円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの基本的な情報を厚生労働省に提出していること	40単位	421円	43円	85円	127円	

介護職員処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数	
加算(Ⅰ)	要件	処遇改善加算の単位数
	キャリアパス要件(Ⅰ)~(Ⅴ)、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たす対象事業所	介護報酬総単位数※×9.2% (1単位未満の端数は四捨五入)

その他の費用

その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。
-----	--

交通費 (送迎範囲外)	通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費は、事業実施地域を超えた地点から1kmごとに20円（往復）を徴収致します。
キャンセル料	利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。（注3）（注4） 利用予定日前日17:30まで：0% 利用予定日当日：利用者負担金100%の金額

綾瀬市 (要支援者)

日常生活支援総合事業の利用

利用者の 要介護度	通所型独自サービス費					
	基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.45円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照	
要支援1 事業対象者(週1回)		1,798単位	18,789円	1,879円/月	3,758円/月	5,637円/月
	日割の場合	59単位	616円	62円/日	124円/日	185円/日
要支援2 事業対象者(週2回)		3,621単位	37,839円	3,784円/月	7,568円/月	11,352円/月
	日割の場合	119単位	1,243円	125円/日	249円/月	373円/日

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額					
		基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.45円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照	
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の向上を目的として個別的に指導・訓練を行った場合(1月につき1回まで)	150単位	1,567円	157円	314円	471円	
口腔機能向上加算Ⅱ	(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導の計画等の情報を厚生労働省に提出していること(3ヶ月以内、月2回まで)	160単位	1,672円	168円	335円	502円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること	要支援1 事業対象者	72単位	752円	76円	152円	228円
		要支援2	144単位	1,504円	151円	301円	452円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの基本的な情報を厚生労働省に提出していること	40単位	418円	42円	84円	126円	

介護職員処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数	
加算(Ⅰ)	要件	処遇改善加算の単位数
	キャリアパス要件(Ⅰ)~(Ⅴ)、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たす対象事業所	介護報酬総単位数※×9.2% (1単位未満の端数は四捨五入)

その他の費用

その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。
交通費 (送迎範囲外)	通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費は、事業実施地域を超えた地点から1kmごとに20円(往復)を徴収致します。

キャンセル料	利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。（注3）（注4） 利用予定日前日17:30まで：0% 利用予定日当日：利用者負担金100%の金額
--------	---

座間市 (要支援者)

日常生活支援総合事業の利用

利用者の 要介護度		通所型独自サービス費				
		基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.45円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照
要支援1 事業対象者(週1回)		1,798単位	18,789円	1,879円/月	3,758円/月	5,637円/月
	日割の場合	59単位	616円	62円/日	124円/日	185円/日
要支援2 事業対象者(週2回)		3,621単位	37,839円	3,784円/月	7,568円/月	11,352円/月
	日割の場合	119単位	1,243円	125円/日	249円/月	373円/日

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額					
		基本単位	介護報酬総額 (基本単位×10.45円)	利用者負担金 (介護報酬総額の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (介護報酬総額の3割) ※(注2)参照	
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の向上を目的として個別的に指導・訓練を行った場合(1月につき1回まで)	150単位	1,567円	157円	314円	471円	
口腔機能向上加算Ⅱ	(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導の計画等の情報を厚生労働省に提出していること(3ヶ月以内、月2回まで)	160単位	1,672円	168円	335円	502円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること	要支援1 事業対象者で週1回程度	72単位	752円	76円	152円	228円
	要支援2 事業対象者で週2回程度	144単位	1,504円	151円	301円	452円	
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの基本的な情報を厚生労働省に提出していること	40単位	418円	42円	84円	126円	

介護職員処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数	
加算(Ⅰ)	要件	処遇改善加算の単位数
	キャリアパス要件(Ⅰ)~(Ⅴ)、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たす対象事業所	介護報酬総単位数※×9.2% (1単位未満の端数は四捨五入)

その他の費用

その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。
交通費 (送迎範囲外)	通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費は、事業実施地域を超えた地点から1kmごとに20円(往復)を徴収致します。

キャンセル料	利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。（注3）（注4） 利用予定日前日17:30まで：0% 利用予定日当日：利用者負担金100%の金額
--------	---

注釈

- (注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。
- (注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。
- (注3) 体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。
- (注4) 通所介護利用中に体調や容体の急変などでサービス提供に支障があると判断された場合はサービス提供中止とさせて頂き、ご利用時間に応じて料金を頂く事もございます。（ご担当ケアマネージャー相談の上対応）

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(1割)の計算方法については、【10割分の額－(10割分の額×0.9(1円未満切捨て))】となる。

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(2割)の計算方法については、【10割分の額－(10割分の額×0.8(1円未満切捨て))】となる。

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(3割)の計算方法については、【10割分の額－(10割分の額×0.7(1円未満切捨て))】となる。