

## 地域密着型通所介護

介護度	サービス内容略称	単位数	10割負担分	利用者負担の目安 注)1	
				1割負担分	2割負担分
要介護1	地域通所介護11	407	4,346 円 (1回)	435 円 (1回)	870 円 (1回)
要介護2	地域通所介護12	466	4,976 円 (1回)	498 円 (1回)	996 円 (1回)
要介護3	地域通所介護13	527	5,628 円 (1回)	563 円 (1回)	1,126 円 (1回)
要介護4	地域通所介護14	586	6,258 円 (1回)	626 円 (1回)	1,252 円 (1回)
要介護5	地域通所介護15	647	6,909 円 (1回)	691 円 (1回)	1,382 円 (1回)

サービス提供体制強化加算 I	18	192 円 (1回)	20 円 (1回)	39 円 (1回)
----------------	----	------------	-----------	-----------

(介護職員の50%以上が介護福祉士である施設に加算されます。)

中重度者ケア体制加算	45	480 円 (1回)	48 円 (1回)	96 円 (1回)
------------	----	------------	-----------	-----------

(要介護3以上の利用者が30%以上。職員プラス2名配置している(内1名は専従看護師。))

介護職員処遇改善加算 I	利用総単位数の 5.9% の加算			
--------------	------------------	--	--	--

(介護職の処遇改善に取り組む施設に加算されます)

## 【加算項目】注)2

個別機能訓練加算 I	46	491 円 (1回)	50 円 (1回)	99 円 (1回)
個別機能訓練加算 II	56	598 円 (1回)	60 円 (1回)	120 円 (1回)
口腔機能向上加算 (月2回まで)	150	1,602 円 (1回)	161 円 (1回)	321 円 (1回)
栄養スクリーニング加算(体重等変動時半年に1回)	5	53 円 (1回)	6 円 (1回)	11 円 (1回)
生活機能向上連携加算 (訪問リハ・通所リハとの連携時から3カ月間)	100	1,068 円 (1月)	107 円 (1月)	214 円 (1月)

\* 送迎サービスを利用しなかった場合、片道47単位減算されます。

## 守口市第一号通所事業(独自)

介護度	サービス内容略称	単位数	10割負担分	利用者負担の目安 注)1	
				1割負担分	2割負担分
事業対象者 要支援1 (週1回程度)	通所型独自サービス1	1,647	17,589 円 (1月)	1,759 円 (1月)	3,518 円 (1月)
要支援2 (週1回程度)	通所型独自サービス/22	1,647	17,589 円 (1月)	1,759 円 (1月)	3,518 円 (1月)
事業対象者 要支援2 (週2回程度)	通所型独自サービス2	3,377	36,066 円 (1月)	3,607 円 (1月)	7,214 円 (1月)

事業対象者 要支援1 (週1回程度)	通所型独自サービス サービス提供体制強化加算 I 11	72	768 円 (1月)	77 円 (1月)	154 円 (1月)
事業対象者 要支援2 (週1回程度)	通所型独自サービス サービス提供体制強化加算 I /212	72	768 円 (1月)	77 円 (1月)	154 円 (1月)
事業対象者 要支援2 (週2回程度)	通所型独自サービス サービス提供体制強化加算 I 12	144	1,537 円 (1月)	154 円 (1月)	308 円 (1月)

(介護職員の50%以上が介護福祉士である施設に加算されます。)

通所型独自サービス	事業所評価加算	120	1,281 円 (1月)	129 円 (1月)	257 円 (1月)
-----------	---------	-----	--------------	------------	------------

(要支援状態区分の維持改善を果たした施設に加算されます。)

通所型独自サービス	介護職処遇改善加算 I	利用総単位数の 5.9% の加算			
-----------	-------------	------------------	--	--	--

(介護職の処遇改善に取り組む施設に加算されます)

## 【加算項目】注)2

通所型独自サービス	運動器機能向上加算	225	2,403 円 (1月)	241 円 (1月)	481 円 (1月)
通所型独自サービス	口腔機能向上加算	150	1,602 円 (1月)	161 円 (1月)	321 円 (1月)

\*注)運動機能向上加算および口腔機能向上加算の両方を選択し、週1回以上、かついずれかのサービスを月に2回以上行った場合、複数サービス実施加算 I 2になります。

注)1 単位数 × 10.68 (地域加算) - 10割負担額 × 90% 又は 80% = 利用者負担目安としています。

注)2 【加算項目】は、利用されるサービスに応じて加算されます。

【裏へ】

## 介護報酬以外の費用

1. お茶代 100 円

2. おむつ・尿とりパット代 実費

3. 地域外送迎費 (通常の送迎地域を越えたところから) 1Km 当たり 25 円