

□利用料金

(1)要介護1～5(介護給付)の方の利用料金 ○地域単価 5級地 1単位 10.55円  
 <介護保険の給付の対象となるもの> ※以下の額は厚生労働大臣により定められています。

○基本料金

時間	介護度	単位	10割(円)	1割(円)	2割(円)	3割(円)
2時間以上 3時間未満 (1日につき)	介護1	383単位	4,040	404	808	1,212
	介護2	439単位	4,631	464	927	1,390
	介護3	498単位	5,253	526	1,051	1,576
	介護4	555単位	5,855	586	1,171	1,757
	介護5	612単位	6,456	646	1,292	1,937
6時間以上 7時間未満 (1日につき)	介護1	715単位	7,543	755	1,509	2,263
	介護2	850単位	8,967	897	1,794	2,691
	介護3	981単位	10,349	1,035	2,070	3,105
	介護4	1,137単位	11,995	1,200	2,399	3,599
	介護5	1,290単位	13,609	1,361	2,722	4,083

○加算

サービス内容略称	要件	単位	10割(円)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
リハビリテーション マネジメント加算 11(イ)	同意日の属する月から 6月以内 1月につき	560単位	5,908	591	1,182	1,773
リハビリテーション マネジメント加算 12(イ)	同意日の属する月から 6月超 1月につき	240単位	2,532	254	507	760
リハビリテーション マネジメント加算 21(ロ)	同意日の属する月から 6月以内 1月につき	593単位	6,256	626	1,252	1,877

リハビリテーション マネジメント加算 22(ロ)	同意日の属する月から 6 月超 1 月につき	273 単位	2,880	288	576	864
リハビリテーション マネジメント加算 31(ハ)	同意日の属する月から 6 月以内 1 月につき	793 単位	8,366	837	1,674	2,510
リハビリテーション マネジメント加算 32(ハ)	同意日の属する月から 6 月超 1 月につき	473 単位	4,990	499	998	1,497
サービス内容略称	要件	単位	10 割(円)	1 割負担(円)	2 割負担(円)	3 割負担(円)
リハビリテーション マネジメント加算 4	医師が利用者等に説明 し、利用者に同意を得 た場合 1 月につき	270 単位	2,848	285	570	855
短期集中個別リハビリ テーション 実施加算	1 日につき	110 単位	1160	116	232	348
生活行為向上 リハビリテーション実施 加算	同意日の属する月から 6 月以内 1 月につき	1250 単位	13,187	1,319	2,638	3,957

栄養アセスメント加算	1 月につき	50 単位	527	53	106	159
栄養改善加算	1 回につき (月2回を限度)	200 単位	2,110	211	422	633
口腔・栄養スクリーニン グ加算Ⅱ	1 回につき (6月1回を限度)	5 単位	52	6	11	16
口腔機能向上加算Ⅱイ	1 回につき (月2回を限度)	155 単位	1,635	164	327	491
口腔機能向上加算Ⅱロ	1 回につき (月2回を限度)	160 単位	1,688	169	338	507
入浴介助加算Ⅰ	1 回につき	40 単位	422	43	85	127
入浴介助加算Ⅱ	1 回につき	60 単位	633	64	127	190
重度療養管理加算	1 日につき	100 単位	1,055	106	211	317
中重度ケア体制加算	1 日につき	20 単位	211	22	43	64
科学的介護推進体制 加算	1 月につき	40 単位	422	43	85	127

送迎減算 事業所が送迎を行わない場合の減算	1回につき	-47単位	-495	-50	-99	-149
退院時共同指導加算	退院時1回を限度	600単位	6,330	633	1,266	1,899
リハビリテーション 提供体制加算	6時間以上 7時間未満の場合	24単位	253	26	51	76
サービス提供体制強化 加算 I	1回につき	22単位	232	24	47	70
介護職員等処遇改善 加算 I	1月につき+所定単位×86/1000					

(2)要支援1・2(予防給付)の方の利用料金 ○地域単価 5級地 1単位 10.55  
円

<介護保険の給付の対象となるもの> ※以下の額は厚生労働大臣により定められています。

○基本料金

介護度	単位	10割(円)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
要支援1(1月につき)	2,268単位	23,927	2,393	4,786	7,179
要支援2(1月につき)	4,228単位	44,605	4,461	8,921	13,382

○加算

サービス内容略称	要件	単位数	10割	1割	2割	3割
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する 月から 6月以内(1月につき)	562単位	5,929	593	1,186	1,779
利用を開始した日の 属する 月から12月超減算	要支援1(1月につき)	-120単位	-1266	-127	-254	-380
	要支援2(1月につき)	-240単位	-2532	-254	-507	-760
退院時共同指導加算	1回につき	600単位	6,330	633	1,266	1,899
栄養アセスメント加算	1月につき	50単位	527	53	106	159
栄養改善加算	1月につき	200単位	2,110	211	422	633
口腔・栄養スクリーニング	I(6月に1回限度)	20単位	211	22	43	64
	II(6月に1回限度)	5単位	52	6	11	16

加算						
口腔機能向上加算Ⅱ	1月につき	160単位	1,688	169	338	507
一体的サービス提供 加算	1月につき	480単位	5,064	507	1,013	1,520
科学的介護推進体制 加算	1月につき	40単位	422	43	85	127
サービス提供体制加 算Ⅰ1	要支援1(1月につ き)	88単位	928	93	186	279
サービス提供体制加 算Ⅰ2	要支援2(1月につ き)	176単位	1,856	186	372	557
介護職員等処遇改善 加算Ⅰ	1月につき+所定単位×86/1000					

\*介護保険適用時の場合でも保険料の滞納などにより保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、いったん1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日市町村の介護保健担当窓口へ提出すると差額の払い戻しを受けることができます。

<介護保険の対象とならないもの>

- 食事代(おやつ代を含む) 1食 680円
  - 紙オムツ代 1枚 110円
  - 尿とりパット代 1枚 33円
  - タオルリース 1セット 105円(入浴者) ○歯ブラシ代 110円
  - 脳トレ 110円 ○マスク 50円 ○連絡帳一式 328円
- \*その他、個人にかかる費用は全額利用者負担となります。