

# 地域密着型通所介護

## アイケアライフリードワン利用料（令和6年6月～）

（1日あたり自己負担額）

サービス提供時間と料金は下記の通りです。

① 9：30～16：45（サービス提供時間7時間15分）

※但し、ご利用者様の心身の状況に応じてケアプランに基づき時間の配慮をいたします

1単位は10.54円です。

| 1 基本利用料 | 6時間以上7時間未満 |         |        |        |        | 7時間以上8時間未満 |         |        |        |        |
|---------|------------|---------|--------|--------|--------|------------|---------|--------|--------|--------|
|         | 単位数        | 利用料     | 1割     | 2割     | 3割     | 単位数        | 利用料     | 1割     | 2割     | 3割     |
| 介護1     | 678単位      | 7,146円  | 715円   | 1,430円 | 2,144円 | 753単位      | 7,936円  | 794円   | 1,588円 | 2,381円 |
| 介護2     | 801単位      | 8,442円  | 845円   | 1,689円 | 2,533円 | 890単位      | 9,380円  | 938円   | 1,876円 | 2,814円 |
| 介護3     | 925単位      | 9,749円  | 975円   | 1,950円 | 2,925円 | 1,032単位    | 10,877円 | 1,088円 | 2,176円 | 3,264円 |
| 介護4     | 1,049単位    | 11,056円 | 1,106円 | 2,212円 | 3,317円 | 1,172単位    | 12,352円 | 1,236円 | 2,471円 | 3,706円 |
| 介護5     | 1,172単位    | 12,352円 | 1,236円 | 2,471円 | 3,706円 | 1,312単位    | 13,786円 | 1,383円 | 2,766円 | 4,149円 |

|     | 4時間以上5時間未満 |        |      |        |        | 5時間以上6時間未満 |         |        |        |        |
|-----|------------|--------|------|--------|--------|------------|---------|--------|--------|--------|
|     | 単位数        | 利用料    | 1割   | 2割     | 3割     | 単位数        | 利用料     | 1割     | 2割     | 3割     |
| 介護1 | 436単位      | 4,595円 | 460円 | 919円   | 1,379円 | 657単位      | 6,924円  | 693円   | 1,385円 | 2,078円 |
| 介護2 | 501単位      | 5,280円 | 528円 | 1,056円 | 1,584円 | 776単位      | 8,179円  | 818円   | 1,636円 | 2,454円 |
| 介護3 | 566単位      | 5,965円 | 597円 | 1,193円 | 1,790円 | 896単位      | 9,443円  | 945円   | 1,889円 | 2,833円 |
| 介護4 | 629単位      | 6,629円 | 663円 | 1,326円 | 1,989円 | 1,013単位    | 10,677円 | 1,068円 | 2,136円 | 3,204円 |
| 介護5 | 695単位      | 7,325円 | 733円 | 1,465円 | 2,198円 | 1,134単位    | 11,952円 | 1,196円 | 2,391円 | 3,586円 |

|                | 単位数  | 利用料  | 1割  | 2割  | 3割   |
|----------------|------|------|-----|-----|------|
| 2 サービス提供体制加算 I | 22単位 | 231円 | 24円 | 47円 | 70円  |
| 3 入浴介助加算 I     | 40単位 | 421円 | 43円 | 85円 | 127円 |

### 処遇改善加算

4 介護職員処遇改善加算 I 1ヶ月の利用単位数の9.2%の額 → 負担割合証記載の割合

※自己負担額は負担割合証記載の割合です。

昼食代（おやつ、お茶、コーヒー等含む） 700円/日 きざみ食 +100円/日 ミキサー食 +100円/日

※食事利用のない場合は、お茶・おやつ代として 100円/日

その他

指定地域密着型通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに

関わる費用については実費をいただきます

※ キャンセルについては前日の17時までにお願いします。それ以降は昼食代が発生します。

（月曜日のキャンセルについては前週の土曜日の17：00までにご連絡ください）

※ 上記金額は介護保険の計算により若干の差異が生じる場合があります。

※ 御請求は1ヶ月分まとめて翌月10日以降にさせていただきます。

※ 上記料金表は介護保険制度の基準により決定している為、介護報酬の基準や介護報酬の改正により変更になる場合があります。