

(認知症対応型)

	算定項目	単位数	入浴加算	機能訓練加算	サービス提供体制加算	若年性認知症ケア加算	介護職員処遇改善加算
要介護1	3～4時間	489	50	27	6	60	一月のサービス利用分×10・4%
	4～5時間	512	50	27	6	60	
	5～6時間	767	50	27	6	60	
	6～7時間	786	50	27	6	60	
	7～8時間	889	50	27	6	60	
	8～9時間	917	50	27	6	60	
要介護2	3～4時間	538	50	27	6	60	
	4～5時間	863	50	27	6	60	
	5～6時間	849	50	27	6	60	
	6～7時間	871	50	27	6	60	
	7～8時間	984	50	27	6	60	
	8～9時間	1015	50	27	6	60	
要介護3	3～4時間	586	50	27	6	60	
	4～5時間	615	50	27	6	60	
	5～6時間	931	50	27	6	60	
	6～7時間	955	50	27	6	60	
	7～8時間	1081	50	27	6	60	
	8～9時間	1115	50	27	6	60	
要介護4	3～4時間	636	50	27	6	60	
	4～5時間	666	50	27	6	60	
	5～6時間	1011	50	27	6	60	
	6～7時間	1037	50	27	6	60	
	7～8時間	1177	50	27	6	60	
	8～9時間	1215	50	27	6	60	
要介護5	3～4時間	685	50	27	6	60	
	4～5時間	717	50	27	6	60	
	5～6時間	1094	50	27	6	60	
	6～7時間	1122	50	27	6	60	
	7～8時間	1272	50	27	6	60	
	8～9時間	1314	50	27	6	60	

(介護予防認知症対応型通所介護)

要支援1	3～4時間	427	要支援の方の入浴加算は左記の基本単位に含まれていません。	27	6	60	上記に同じ
	4～5時間	447		27	6	60	
	5～6時間	664		27	6	60	
	6～7時間	681		27	6	60	
	7～8時間	769		27	6	60	
	8～9時間	794		27	6	60	
要支援2	3～4時間	474		27	6	60	
	4～5時間	496		27	6	60	
	5～6時間	740		27	6	60	
	6～7時間	759		27	6	60	
	7～8時間	859		27	6	60	
	8～9時間	886		27	6	60	

※介護職員処遇改善加算は、一月のサービス利用料の合計×10.4%です。

※負担割合証の内容次第で、金額が変動いたします(1割～3割)。上記は1割負担の場合です。

(その他の費用の額)

ア) オムツ代

品名	尿とりパット	リハビリパンツ(S・M・L)
金額(税込み)	100円	150円

イ) オムツ代
レクリエーション代

品名	尿とりパット	リハビリパンツ(S・M・L)	フラワーアレンジメント材料費
金額(税込み)	100円	150円	500円

ウ) 食費 昼食600円

エ) 時間延長サービス

自費(1時間)	自費(2時間)
200円	400円