

【別紙1-1】

要支援 利用料金 負担割合証1割の方（1ヶ月） 単位（円）

	支援1	支援2
基本料金	1,798	3,621
*運動器機能向上加算	*225	
*口腔機能向上加算	*150	
*選択的サービス複数実施加算（I）	*480	
介護職員等処遇改善加算（II）	1ヶ月の利用料金（総単位数）の9.0%	
食費	400×利用日数	

要支援 利用料金 負担割合証2割の方（1ヶ月） 単位（円）

	支援1	支援2
基本料金	3,596	7,242
*運動器機能向上加算	*450	
*口腔機能向上加算	*300	
*選択的サービス複数実施加算（I）	*960	
介護職員等処遇改善加算（II）	1ヶ月の利用料金（総単位数）の9.0%	
食費	400×利用日数	

*は、今後算定要件を満たした場合、算定することもあります。

【別紙1-2】

要介護 利用料金 負担割合証1割の方（1ヶ月） 単位（円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	584	689	796	901	1,008
入浴介助加算	40				
個別機能訓練加算Ⅰイ	56				
*個別機能訓練加算Ⅰロ	*76				
*ADL維持等加算（Ⅰ）	*30				
*ADL維持等加算（Ⅱ）	*60				
*口腔機能向上加算（Ⅰ）	*150×2回まで				
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の利用料金（総単位数）の9.0%				
食費	400×利用日数				

要介護 利用料金 負担割合証2割の方（1ヶ月） 単位（円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	1,168	1,378	1,592	1,802	2,016
入浴介助加算	80				
個別機能訓練加算Ⅰイ	112				
*個別機能訓練加算Ⅰロ	*152				
*ADL維持等加算（Ⅰ）	*60				
*ADL維持等加算（Ⅱ）	*120				
*口腔機能向上加算（Ⅰ）	*300まで				
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の利用料金（総単位数）の9.0%				
食費	400×利用日数				

*は、今後算定要件を満たした場合、算定することもあります。

【別紙2】 加算減算となる介護保険対象サービスの説明

対 象	加 算 科 目	内 容
要介護	入浴介助加算	入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合。
要介護	個別機能訓練加算 (Iイ)	時間帯を通じ看護職員等を機能訓練指導員として配置し、ご利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成、3カ月毎に1回以上訪問、計画の進捗状況の説明・見直し等を行いながら、適切な機能訓練を行った場合加算。
要介護	個別機能訓練加算 (Iロ)	看護職員等を機能訓練指導員として配置し、上記Iと同等の要件の下で、生活機能向上に資する計画を作成、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下に対し機能訓練指導員が直接訓練を行った場合加算。
要介護	ADL維持等加算 (I)	評価期間に連続して6月以上利用した期間の集団について、以下の要件を満たすこと。 イ. 総数が10名以上であること。 ロ. 利用者全員について、利用開始月と当該月の翌日から起算して6か月目において、Barthel indexを適切に評価できるものがADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚労省に提出している。 ③利用開始月の翌月から起算して6か月目の月に測定したADL値から利用開始月の測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や介護認定の状況等に応じていっの値を加えたADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上である事。
要介護	ADL維持等加算 (II)	・ADL維持等加算 (I) のイ.ロ要件を満たす事。 ・評価対象者のADL利得を平均して得た値が2以上である事。
要支援	運動器機能向上加算	運動器の機能向上等を目的にご利用者に対し、計画を作成、計画→評価→見直し等運動器機能向上サービスを行った場合に加算。
要支援 要介護	口腔機能向上加算	口腔機能が低下している等のご利用者に対し、計画を作成、計画→評価→見直し等口腔機能向上サービスを行った場合に加算。
要支援	選択的サービス複数 実施加算 (I)	ご利用者に対し、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス等複数サービスを1月の間に複合的に実施した場合に加算。ただし、それぞれを個別で加算の算定をしている場合においては、算定しません。
要支援 要介護	介護職員等処遇改善加算 II	介護現場で働く職員の処遇改善を行い、人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることが出来るようにするための加算。 1ヶ月あたりの総単位数に加算率をかけて算定される。
要介護	送迎減算	ご利用者に対して、居宅と事業所との間の送迎を行わない場合。 片道▲47単位する。

上記料金表について説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

住所： _____

氏名： _____ 印