

1.介護報酬に係わるもの(利用者負担1割分または2割分)										
項目	要介護度区分	算定項目	単位数	算定回数	介護報酬		利用者負担額			
					単位	金額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担	
① 基本額	種別:介護予防通所サービス									
	事業対象者 要支援1	送迎のみあり	339	1回	339 単位	3,634 円	364 円	727 円	1,091 円	
				5回	1,697 単位	18,191 円	1,820 円	3,639 円	5,458 円	
		送迎・入浴あり	379	1回	379 単位	4,062 円	407 円	813 円	1,219 円	
				5回	1,897 単位	20,335 円	2,034 円	4,067 円	6,101 円	
	要支援2	送迎のみあり	348	1回	348 単位	3,730 円	373 円	746 円	1,119 円	
				9回・10回	3,478 単位	37,284 円	3,729 円	7,457 円	11,186 円	
		送迎・入浴あり	388	1回	388 単位	4,159 円	416 円	832 円	1,248 円	
				9回・10回	3,878 単位	41,572 円	4,158 円	8,315 円	12,472 円	
	② 加算額	若年性認知症入所者受入加算			1月につき	240 単位	2,572 円	258 円	515 円	772 円
生活上グループ活動加算			1月につき	100 単位	1,072 円	108 円	215 円	322 円		
運動器機能向上加算			1月につき	225 単位	2,412 円	242 円	483 円	724 円		
栄養改善加算			1月につき	150 単位	1,608 円	161 円	322 円	483 円		
口腔機能向上加算			1月につき	150 単位	1,608 円	161 円	322 円	483 円		
運動器機能向上及び栄養改善加算			1月につき	480 単位	5,145 円	515 円	1,029 円	1,544 円		
運動器機能向上及び口腔機能向上加算			1月につき	480 単位	5,145 円	515 円	1,029 円	1,544 円		
栄養改善及び口腔機能向上			1月につき	480 単位	5,145 円	515 円	1,029 円	1,544 円		
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上			1月につき	700 単位	7,504 円	751 円	1,501 円	2,252 円		
事業所評価加算			1月につき	120 単位	1,286 円	129 円	258 円	386 円		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		事業対象者・要支援1		1月につき	88 単位	943 円	95 円	155 円	283 円	
		要支援2		1月につき	176 単位	1,886 円	189 円	378 円	566 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		事業対象者・要支援1		1月につき	72 単位	771 円	78 円	103 円	232 円	
		要支援2		1月につき	144 単位	1,543 円	155 円	206 円	463 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		事業対象者・要支援1		1月につき	24 単位	257 円	26 円	52 円	78 円	
		要支援2		1月につき	48 単位	514 円	52 円	103 円	155 円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			1月につき	①基本額+②加算額(1ヶ月)×5.9%の1割分または2割または3割分						
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)			1月につき	①基本額+②加算額(1ヶ月)×1%の1割分または2割または3割分						
介護職員等ベースアップ支援加算			1月につき	①基本額+②加算額(1ヶ月)×1.1%の1割分または2割または3割分						
【利用者負担の計算方法】 ①②③の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×10.72円(川崎市の地域加算)-9割分または8割分または7割分(小数点以下切捨て)=利用者負担(1割分または2割分または3割分) ただし、金額は小数点以下切捨てなので、多少の誤差が出ます。										
2. その他の費用(利用者負担10割)										
食費			1日につき	578 円						
・おむつ代(利用者の希望で提供した場合)			実費(1枚150円程度)							
・通常の実施地域以外への送迎費(川崎市以外への送迎)			実費(公共交通機関相当額)							
3. 介護保険運営基準外の費用(利用者負担10割)										
・キャンセル料			1回につき	344 円						