

太陽デイサービスセンター（通所介護）料金表

（1）利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として自己負担額は基本料金の1割、2割又は3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

*負担割合は介護保険負担割合証でご確認ください

① 通常規模型利用料自己負担額（A）

*1回利用あたり

| サービス提供 時間区分 | | 7時間以上 8時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 5時間以上 6時間未満 |
|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| 要介護1 | 1割負担 | 645円 | 572円 | 558円 |
| | 2割負担 | 1,290円 | 1,144円 | 1,116円 |
| | 3割負担 | 1,935円 | 1,716円 | 1,674円 |
| 要介護2 | 1割負担 | 761円 | 676円 | 660円 |
| | 2割負担 | 1,522円 | 1,352円 | 1,320円 |
| | 3割負担 | 2,283円 | 2,028円 | 1,980円 |
| 要介護3 | 1割負担 | 883円 | 780円 | 761円 |
| | 2割負担 | 1,766円 | 1,560円 | 1,522円 |
| | 3割負担 | 2,649円 | 2,340円 | 2,283円 |
| 要介護4 | 1割負担 | 1,003円 | 884円 | 863円 |
| | 2割負担 | 2,006円 | 1,768円 | 1,726円 |
| | 3割負担 | 3,009円 | 2,652円 | 2,589円 |
| 要介護5 | 1割負担 | 1,124円 | 988円 | 964円 |
| | 2割負担 | 2,248円 | 1,976円 | 1,928円 |
| | 3割負担 | 3,372円 | 2,964円 | 2,892円 |

| サービス提供 時間区分 | | 4時間以上 5時間未満 | 3時間以上 4時間未満 |
|----------------|------|----------------|----------------|
| 要介護1 | 1割負担 | 380円 | 362円 |
| | 2割負担 | 760円 | 724円 |
| | 3割負担 | 1,140円 | 1,086円 |
| 要介護2 | 1割負担 | 436円 | 415円 |
| | 2割負担 | 872円 | 830円 |
| | 3割負担 | 1,308円 | 1,245円 |
| 要介護3 | 1割負担 | 493円 | 470円 |
| | 2割負担 | 986円 | 940円 |
| | 3割負担 | 1,479円 | 1,410円 |
| 要介護4 | 1割負担 | 548円 | 522円 |
| | 2割負担 | 1,096円 | 1,044円 |
| | 3割負担 | 1,644円 | 1,566円 |
| 要介護5 | 1割負担 | 605円 | 576円 |
| | 2割負担 | 1,210円 | 1,152円 |
| | 3割負担 | 1,815円 | 1,728円 |

*サービス提供時間が2時間以上3時間未満の場合は上表の4時間以上5時間未満の70%の料金をいただきます。(1円未満は四捨五入になります。)

*利用中に体調不良やご都合等で予定時間より利用時間の短縮の必要が生じた場合でも原則、上記の介護保険で定められた金額の請求をさせていただきます。

*送迎を行わなかった場合は片道あたり47円減額をいたします。

(2割負担の方の場合は片道あたり94円、3割負担の方は141円減額をいたします。)

② 加算料金 (B)

*1 回利用あたり (但し月で記載の加算は記載月あたりの金額)

前記利用料以外に条件を満たしている場合は以下の料金をいただきます。

| 加算項目 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 主な条件 |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| 入浴加算 | 50円 | 100円 | 150円 | ・入浴をされた場合 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 56円 | 112円 | 168円 | ・専従の看護職員等による訓練の実施 ・自宅へ訪問し、計画作成と3か月に1回以上自宅を訪問し、訓練内容と計画の進捗状況の説明と見直し |
| 生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算の算定時) | 200円/月 (100円/月) | 400円/月 (200円/月) | 600円/月 (300円/月) | 訪問リハ等の理学療法士、作業療法士等が当事業所を訪問、職員アセスメントを行い、個別機能訓練計画の作成。 3か月に1回以上評価 |
| 口腔機能向上加算 | 150円 | 300円 | 450円 | ・看護職員等配置他 *月2回まで算定します |
| 栄養スクリーニング加算 | 5円/6月 | 10円/6月 | 15円/6月 | 利用開始時及び6か月ごとに栄養状態について確認、情報を介護支援専門員へ文書で共有した場合 |
| 認知症加算 | 60円 | 120円 | 180円 | ・介護、看護職員を2名以上加配 ・利用者総数に対して認知症Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの割合が20%以上 ・サービス時間帯通じて認知症に関する研修修了者配置 |

*上記項目の加算は該当する利用者の方のみからいただきます。

| | | | | |
|------------------|------|-------|-------|---|
| 中重度ケア体制加算 | 45円 | 90円 | 135円 | ・介護、看護職員を2名以上加配 ・利用者総数に対して要介護3、4、5の割合が30%以上 ・サービス時間帯通じて看護職員配置 |
| ADL維持等加算Ⅰ | 3円/月 | 6円/月 | 9円/月 | 評価期間に機能訓練指導員が決められた評価表により、ADL状態を点数化し、結果の報告と一定以上改善がされた場合 |
| ADL維持等加算Ⅱ | 6円/月 | 12円/月 | 18円/月 | Ⅰの評価期間後も評価、報告をした場合 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 18円 | 36円 | 54円 | ・介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置の場合 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | 12円 | 24円 | 36円 | ・介護職員総数のうち介護福祉士が40%以上配置の場合 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 6円 | 12円 | 18円 | ・職員の総数のうち勤続年数3年以上が30%以上の場合 |

*サービス提供体制強化加算は条件を満たすいずれかをいただきます。

③ 介護職員処遇改善加算 I

処遇改善加算料金 = (A、Bの月合計) × 5.9%

* Bは前記加算料金表の条件を満たした金額の合計になります。

* 1円未満は四捨五入になります。

(2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります)

④ その他の利用料 (介護保険給付対象外)

○食費 500円 (材料費300円、お茶代50円、調理費150円)

* 食事を希望されない場合、ご利用前であれば上記の金額(材料費、調理費)の支払いはありません。ただし、お茶代(お菓子代含む)はいただきます。

○おむつ代

| おむつ種類 | 単価(1枚) |
|--------|--------|
| 紙おむつ | 100円 |
| 尿取りパット | 20円 |
| フラット | 30円 |
| はくパンツ | 100円 |

○前記のもの以外の介護保険給付対象外の必要品費については実費負担とさせていただきます。

○クラブ活動等教養娯楽に必要な材料費等につきましては希望をされ、同意をされた方のみからいただきます。

(2) 交通費

サービス提供地域以外の方につきましては、通常の事業の実施地域を越えた部分について1回の利用につき往復100円いただきます。

(3) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|--|------|
| ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡をいただいた場合 | 無料 |
| ・ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合 ・食事を食べられず利用の途中でお帰りになられた場合 ・サービス提供時間の途中からの利用予定も実際に利用されなかった場合 | 500円 |

* 上記の金額は、当日の食費実費相当分です。