

広瀬デイサービス（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をご確認ください。

① 通常規模型利用料自己負担額（A）

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	655円	581円	567円
	2割負担	1,310円	1,162円	1,134円
	3割負担	1,965円	1,743円	1,701円
要介護2	1割負担	773円	686円	670円
	2割負担	1,546円	1,372円	1,340円
	3割負担	2,319円	2,058円	2,010円
要介護3	1割負担	896円	792円	773円
	2割負担	1,792円	1,584円	1,546円
	3割負担	2,688円	2,376円	2,319円
要介護4	1割負担	1,018円	897円	876円
	2割負担	2,036円	1,794円	1,752円
	3割負担	3,054円	2,691円	2,628円
要介護5	1割負担	1,142円	1,003円	979円
	2割負担	2,284円	2,006円	1,958円
	3割負担	3,426円	3,009円	2,937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	386円	368円
	2割負担	772円	736円
	3割負担	1,158円	1,104円
要介護2	1割負担	442円	421円
	2割負担	884円	842円
	3割負担	1,326円	1,263円
要介護3	1割負担	500円	477円
	2割負担	1,000円	954円
	3割負担	1,500円	1,431円
要介護4	1割負担	557円	530円
	2割負担	1,114円	1,060円
	3割負担	1,671円	1,590円
要介護5	1割負担	614円	585円
	2割負担	1,228円	1,170円
	3割負担	1,842円	1,755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。)

○通常規模型利用料金 A についての特例

① 令和3年4月1日～令和3年9月30日の期間は下記の計算式で算出した金額とさせていただきます。

上記利用料金表 × (1,001 / 1,000)

② 感染症及び災害発生が理由で利用者数が一定割合(前年度利用平均と比較して5%)減少した月の2か月後に下記で計算をした金額を加算させていただきます。(最大3か月間)

上記利用料金表 × (3 / 100)

* ①②共に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)

② 加算料金 (B)

*1回利用あたり

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 I	40円	80円	120円	・入浴をされた場合
個別機能 訓練加算 I (イ)	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
口腔機能向上 加算 I	150円	300円	450円	・看護職員等配置他 *月2回まで算定します
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
若年性認知症利用者 受入加算	60円	120円	180円	・若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定める。 *認知症加算を算定時は算定しません。

*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
サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ) 22円	(Ⅰ) 44円	(Ⅰ) 66円	以下のいずれかに該当 ・介護職員総数のうち介護福祉士が70%以上配置 ・勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置
	(Ⅱ) 18円	(Ⅱ) 36円	(Ⅱ) 54円	・介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置
	(Ⅲ) 6円	(Ⅲ) 12円	(Ⅲ) 18円	以下のいずれかに該当 ・介護職員総数のうち介護福祉士が40%以上配置 ・利用者へ直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上が30%以上

*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介護職員等特定処遇改善加算

特定処遇改善加算 I = (A、Bの月合計) × 1.2%

特定処遇改善加算 II = (A、Bの月合計) × 1.0%

* Bは前記加算金額表の条件を満たした金額の合計になります。

* I、IIのうち条件を満たすいずれかをいただきます。

* 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)

⑤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、調理費150円、お茶代50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

○上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。