

広瀬デイサービスセンター

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）利用料金

(1) 利用料金

サービスを利用する場合、自己負担額は原則基本料金の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利用料：A

*基本部分（1月あたり）

| サービス名 | 対象 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 内容 |
|----------|-----------|--------|--------|---------|---------------------------|
| 通所型サービスⅠ | 要支援1事業対象者 | 1,672円 | 3,344円 | 5,016円 | 週1回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援 |
| 通所型サービスⅡ | 要支援2事業対象者 | 3,428円 | 6,856円 | 10,284円 | 週2回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援 |

*月の途中で以下の場合には日割りでの算定となります。

- ・要支援度が変更になられた場合
- ・要支援から要介護もしくは要介護から要支援になられた場合
- ・サービス事業所を変更される場合

○利用料金Aについての特例

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。

$\text{上記利用料金表} \times (1,001 / 1,000)$

*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)

- ・介護予防短期入所等を利用される場合
- ・介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を利用される場合
- ・サービス利用契約又は終了の場合

② 加算料金 (B)

* 1月あたり

上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 |
|-----------------|------|------|--------|------------------------------------|
| 運動器機能向上加算 | 225円 | 450円 | 675円 | 看護職員等による訓練の実施 |
| 口腔機能向上加算 I | 150円 | 300円 | 450円 | 看護職員等による口腔管理他 |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 100円 | 200円 | 300円 | 生活機能向上支援活動を週1回以上実施 |
| 選択的サービス複数実施加算 I | 480円 | 960円 | 1,440円 | 運動器、口腔機能向上サービスを1月に実施し、うち1種類を2回以上実施 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 240円 | 480円 | 720円 | ・若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定める。 |

* 上記加算は該当する利用者の方のみからいただきます。

| | | | | | |
|--------------------|-------|------|------|------|---|
| サービス提供体制強化加算 (I) | 要支援 1 | 88円 | 176円 | 264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 |
| | 要支援 2 | 176円 | 352円 | 528円 | |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 要支援 1 | 72円 | 144円 | 216円 | ・介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置 |
| | 要支援 2 | 144円 | 288円 | 432円 | |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 要支援 1 | 24円 | 48円 | 72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 |
| | 要支援 2 | 48円 | 96円 | 144円 | |

* 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

○食費 500円（材料費300円、おやつ代50円、調理費150円）

*お客様のご都合でサービスを中止する場合は、サービス提供当日の午前8時30分までにご連絡ください。ご連絡がない場合は食費実費相当分として上記金額の500円をいただくことがあります。また、食事を食べられずに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にも500円をいただくことがあります。

*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（お菓子代を含む）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 |

○上記のもの以外の日常生活において通常必要となる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。