

# 料金表【通所介護】

## 【介護保険の給付の対象となるサービスの利用料金】

### ■通常規模型事業所（1日あたりのご利用料金）

| サービス利用時間       | 費用区分                | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5    |
|----------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 6時間以上<br>7時間未満 | サービス利用料（A）          | 5,900円 | 6,940円 | 7,980円 | 9,020円 | 10,060円 |
|                | 介護保険からの給付費（B）       | 5,310円 | 6,246円 | 7,182円 | 8,118円 | 9,054円  |
|                | お客様自己負担額<br>（A）－（B） | 590円   | 694円   | 798円   | 902円   | 1,006円  |

### 【各種加算】

| 区分              | 個別機能訓練<br>加算（I） | 口腔機能向上<br>加算 | 入浴介助加算 | 栄養改善加算 | 栄養スクリーニング<br>加算 |
|-----------------|-----------------|--------------|--------|--------|-----------------|
| サービス利用料（A）      | 460円            | 1,500円       | 500円   | 1,500円 | 50円             |
| 介護保険からの給付費（B）   | 414円            | 1,350円       | 450円   | 1,350円 | 45円             |
| お客様自己負担額（A）－（B） | 46円             | 150円         | 50円    | 150円   | 5円              |

※上記の料金には「サービス提供体制強化加算（I）イ」18円が含まれております。

※上記料金表には1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もおります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。（各種加算も同様の扱い）詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※上記料金に5.9%「介護職員処遇改善加算（I）」を乗じた額がお客様の利用料金となります。（四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります）

### ■認知症対応型通所介護（1日あたりのご利用料金）

| サービス利用時間       | 費用区分                | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4    | 要介護5    |
|----------------|---------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 6時間以上<br>7時間未満 | サービス利用料（A）          | 8,010円 | 8,850円 | 9,690円 | 10,510円 | 11,350円 |
|                | 介護保険からの給付費（B）       | 7,209円 | 7,965円 | 8,721円 | 9,459円  | 10,215円 |
|                | お客様自己負担額<br>（A）－（B） | 801円   | 885円   | 969円   | 1,051円  | 1,135円  |

### 【各種加算】

| 区分              | 若年性認知症利用者<br>受入加算 | 口腔機能向上加算 | 入浴介助加算 | 栄養改善加算 | 栄養スクリーニング<br>加算 |
|-----------------|-------------------|----------|--------|--------|-----------------|
| サービス利用料（A）      | 600円              | 1,500円   | 500円   | 1,500円 | 50円             |
| 介護保険からの給付費（B）   | 540円              | 1,350円   | 450円   | 1,350円 | 45円             |
| お客様自己負担額（A）－（B） | 60円               | 150円     | 50円    | 150円   | 5円              |

※上記の料金には「サービス提供体制強化加算（I）イ」18円が含まれております。

※上記料金表には1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もおります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。（各種加算も同様の扱い）詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※上記料金に10.4%「介護職員処遇改善加算（I）」を乗じた額がお客様の利用料金となります。（四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります）

### 【介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金】

- 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービス  
サービス利用料は、全額、お客様の自己負担となります。なお、各加算措置も同様です。
- 食費（1食あたり）：600円
- 交通費  
通常の事業実施地域（北広島市）以外の地域にお住まいの方で、サービスを利用される場合  
①公共交通機関等を利用する場合：バス、タクシー、鉄道等を利用する実費相当額。  
②当事業所の車両を使用する場合：自動車走行距離（km）×20円/km ※1キロメートル未満の距離の端数は四捨五入する
- その他のサービス  
①コピー代（1枚につき、白黒10円、カラー30円）  
(1) お客様から特に申し出があった書類を対象とします。一個人別ケア記録（介護記録、看護記録）など  
(2) 介護保険サービスを利用する上で必要な書類は無料です。－・契約書・重要事項説明書・同意書・通所介護計画書など  
②下記のような内容のお客様に負担いただくことが適当であるものの費用を負担いただく場合があります。  
(1) 特別料金のかかるレクリエーションの実費 (2) おむつ代等（実費相当）

# 料金表【介護予防通所介護】

北広島市高齢者総合ケアセンター／聖芳園デイサービスセンター

## 【介護保険の給付の対象となるサービスの利用料金】

### ■介護予防通所介護（1月あたりのご利用料金）

| サービス<br>利用時間 | 費用の区分           | 要支援1    | 要支援2    |
|--------------|-----------------|---------|---------|
|              | サービス利用料（A）      | 17,190円 | 35,210円 |
|              | 介護保険からの給付費（B）   | 15,471円 | 31,689円 |
|              | お客様自己負担額（A）－（B） | 1,719円  | 3,521円  |

### 【各種加算】

| 区 分             | 口腔機能向上加算 | 運動器機能向上加算 |
|-----------------|----------|-----------|
| サービス利用料（A）      | 1,500円   | 2,250円    |
| 介護保険からの給付費（B）   | 1,350円   | 2,025円    |
| お客様自己負担額（A）－（B） | 150円     | 225円      |

※上記の料金には「サービス提供体制強化加算（I）イ」（要支援1：72円）（要支援2：144円）が含まれております。

※上記料金表には1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もあります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。（各種加算も同様の扱い）詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※上記料金の5.9%「介護職員処遇改善加算（I）」を乗じた額がお客様の利用料金となります。（四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります）

### ■介護予防認知症対応型通所介護（1日あたりのご利用料金）

| サービス<br>利用時間   | 費用の区分           | 要支援1   | 要支援2   |
|----------------|-----------------|--------|--------|
| 6時間以上<br>7時間未満 | サービス利用料（A）      | 6,960円 | 7,740円 |
|                | 介護保険からの給付費（B）   | 6,264円 | 6,966円 |
|                | お客様自己負担額（A）－（B） | 696円   | 774円   |

### 【各種加算】

| 区 分             | 若年性認知症利用者<br>受入加算 | 口腔機能向上<br>加算 | 入浴介助<br>加算 | 栄養改善加算 | 栄養スクリーニング<br>加算 |
|-----------------|-------------------|--------------|------------|--------|-----------------|
| サービス利用料（A）      | 600円              | 1,500円       | 500円       | 1,500円 | 50円             |
| 介護保険からの給付費（B）   | 540円              | 1,350円       | 450円       | 1,350円 | 45円             |
| お客様自己負担額（A）－（B） | 60円               | 150円         | 50円        | 150円   | 5円              |

※上記の料金には「サービス提供体制強化加算（I）イ」18円が含まれております。

※上記料金表には1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もあります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。（各種加算も同様の扱い）詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※上記料金の10.4%「介護職員処遇改善加算（I）」を乗じた額がお客様の利用料金となります。（四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります）

### 【介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金】

|   |
|---|
| 1. 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービス<br>サービス利用料は、全額、お客様の自己負担となります。なお、各加算措置も同様です。   |
| 2. 食費（1食あたり）：600円   |
| 3. 交通費<br>通常の事業実施地域（北広島市）以外の地域にお住まいの方で、サービスを利用される場合<br>①公共交通機関等を利用する場合：バス、タクシー、鉄道等を利用する実費相当額。<br>②当事業所の車両を使用する場合：自動車走行距離（km）×20円/km ※1キロメートル未満の距離の端数は四捨五入する。  |
| 4. その他のサービス<br>①コピー代（1枚につき、白黒10円、カラー30円）<br>(1) お客様から特に申し出があった書類を対象とします。一個人別ケア記録（介護記録、看護記録）など<br>(2) 介護保険サービスを利用する上で必要な書類は無料です。－・契約書・重要事項説明書・同意書・通所介護計画書など<br>②下記のような内容のお客様に負担いただくことが適当であるものの費用を負担いただく場合があります。<br>(1) 特別料金のかかるレクリエーションの実費 (2) おむつ代等（実費相当） |

北広島市高齢者総合ケアセンター／聖芳園デイサービスセンター