

返子清寿苑デイサービスセンター利用料金表（令和4年10月1日）

この利用料金表は、厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

■介護報酬告示額

利用料は、地域区分の単位を乗じます（4級地 10.54円）。

利用料の介護保険分は、介護保険負担割合証による割合を自己負担額とします。

■利用者負担算出方法

地域単価（10.54円）× 単位数 = ○○円（1円未満切り捨て）

【2割負担】○○円－（○○円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

【3割負担】○○円－（○○円×0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

（1）基本料金（1日当たりの自己負担額）

介護区分	単位	利用料（10割）	1割	2割	3割
要介護1	655単位	6,903円	691円	1,381円	2,071円
要介護2	773単位	8,147円	815円	1,630円	2,445円
要介護3	896単位	9,443円	945円	1,889円	2,833円
要介護4	1,018単位	10,729円	1,073円	2,146円	3,219円
要介護5	1,142単位	12,036円	1,204円	2,408円	3,611円

（2）加算料金

内容	単位	利用料（10割）	1割	2割	3割
入浴介助加算（Ⅰ）※1回	40単位	421円	43円	85円	127円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※日単位	22単位	231円	24円	47円	70円
中重度ケア体制加算 ※日単位	45単位	474円	48円	95円	143円
認知症加算 ※日単位 Ⅲa以上	60単位	632円	64円	127円	190円
口腔栄養スクリーニング加算 ※6月1回	20単位	210円	21円	42円	63円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	※月単位	総単位数 × 5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	※月単位	総単位数 × 1.2%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	※月単位	総単位数 × 1.1%			

■その他の費用

- | | |
|-----------------------|------------|
| （1）食事の提供に要する費用（1回当たり） | 860円 |
| （2）レクリエーション・クラブ活動費用 | 実費 |
| （3）通常の事業実施地域以外の送迎費用 | 1km当たり 30円 |
| （4）おむつ | 実費 |

※ご用意いただいた物が不足した場合は、費用に応じて事業所の物を使用させていただきますので、後日同等の物をお返しください。

※要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。ただし、要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります（償還払いとなる場合は、保険給付の申請を行うための「サービス提供証明書」を発行します。）。

※経済状況等著しい変化、その他やむを得ない事由が生じた場合、「その他の費用」を変更する場合があります。

介護サービス費の自己負担額の概算（例）

（地域区分 4級地 10.54円）

介護度 要介護3

利用日 週3回（月12回）

介護保険負担割合 1割

内容	単位合計	1月の料金
①基本料金	896単位×12回＝10752単位	13,188円
②入浴加算	40単位×12回＝480単位	
③中重度ケア体制加算	45単位×12回＝540単位	
④認知症加算	60単位×12回＝720単位	
⑤口腔栄養スクリーニング加算(6月1回)	20単位×1回＝20単位	
⑥サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位×12回＝264単位	279円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（①～⑥）×5.9%＝754単位	795円
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（①～⑥）×1.2%＝153単位	162円
介護職員等ベースアップ等支援加算	（①～⑥）×1.1%＝141単位	149円
介護保険費用（計）		14,573円
食事の提供に要する費用	860円×12回	10,320円
1月の自己負担額		24,893円

※上記金額は端数処理の関係で、実際の請求金額と若干の相違が発生する場合がございます。

返子清寿苑デイサービスセンター（介護予防・総合事業）利用料金表（令和4年10月1日）

この利用料金表は、厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

■介護報酬告示額

利用料は、地域区分の単位を乗じます（4級地 10.54円）。

利用料の介護保険分は、介護保険負担割合証による割合を自己負担額とします。

■利用者負担算出方法

地域単価（10.54円）× 単位数 = ○○円（1円未満切り捨て）

【1割負担】○○円－（○○円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

【2割負担】○○円－（○○円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

【3割負担】○○円－（○○円×0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

(1) 基本料金（1日当たりの自己負担額）

介護区分	単位	利用料（10割）	1割	2割	3割
月4回まで	回数				
要支援1	384単位	4,047円	405円	810円	1,215円
月5回以上	月額				
要支援1	1,672単位	17,622円	1,763円	3,525円	5,287円
月8回まで	回数				
要支援2	395単位	4,163円	417円	833円	1,249円
月9回以上	月額				
要支援2	3,428単位	36,131円	3,614円	7,227円	10,840円

(2) 加算料金

内容	単位	利用料（10割）	1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88単位	927円	93円	186円	279円
要支援1※月単位					
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	176単位	1,855円	186円	371円	557円
要支援2※月単位					
口腔栄養スクリーニング加算 ※6月1回	20単位	210円	21円	42円	63円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	※月単位	総単位数 × 5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	※月単位	総単位数 × 1.2%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	※月単位	総単位数 × 1.1%			

■その他の費用

- (1) 食事の提供に要する費用（1回当たり） 860円
- (2) レクリエーション・クラブ活動費用 実費
- (3) 通常の事業実施地域以外の送迎費用 1km当たり 30円
- (4) おむつ 実費

※ご用意いただいた物が不足した場合は、費用に応じて事業所の物を使用させていただきますので、後日同等の物をお返しく下さい。

※要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。ただし、要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります（償還払いとなる場合は、保険給付の申請を行うための「サービス提供証明書」を発行します。）。

※経済状況等著しい変化、その他やむを得ない事由が生じた場合、「その他の費用」を変更する場合があります。

介護サービス費の自己負担額の概算（例）

（地域区分 4級地 10.54円）

介護度 要支援2

利用日 週2回（月8回）

介護保険負担割合 1割

内容	単位合計	1月の料金
①基本料金	395単位×8回＝3160単位	3,352円
②口腔栄養スクリーニング加算(6月1回)	20単位×1回＝20単位	
③サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
要支援2※月単位	176単位×1回＝176単位	186円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（①～③）×5.9%＝198単位	209円
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（①～③）×1.2%＝40単位	43円
介護職員等ベースアップ等支援加算	（①～③）×1.1%＝37単位	39円
介護保険費用（計）		3,829円
食事の提供に要する費用	860円×8回	6,880円
1月の自己負担額		10,709円

※上記金額は端数処理の関係で、実際の請求金額と若干の相違が発生する場合がございます。