

デイセンターウィリアムテル 利用料金表(1割負担の場合)

《通所型サービスの利用料金表》

サービスの利用料金は、利用者様の利用回数に応じて異なります。

	事業対象者・要支援1	
	1月の中で全部で4回まで	1月の中で全部で5回以上
1. 利用者様のサービス利用料金	4,360 円	17,980 円
2. うち給付される金額	3,924 円	16,182 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	436 円	1,798 円

	事業対象者・要支援2	
	1月の中で全部で5回から8回まで	1月の中で全部で9回以上
1. 利用者様のサービス利用料金	4,470 円	36,210 円
2. うち給付される金額	4,023 円	32,589 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	447 円	3,621 円

※ 上記、サービス利用料金は、通所型サービスを利用された1月あたりの料金です。

原則として、上記のとおりとなりますが要介護認定により要介護と判定された場合や死亡された場合、介護予防短期入所生活介護等を利用された場合は、日割り計算となります。

※ 通常の事業の実施地域以外で中山間地域等に居住されている利用者様に通所型サービスを行う場合には、上記の金額に5%が加算されます。

※ 上記自己負担額のほかに、下記の加算、また給付対象とならないサービスの費用をご負担いただきます。

※ 送迎にかかる費用については、基本的な利用料金に含まれています。その為、送迎を行わない場合は、片道につき47円を減額します。ただし、当事業所と同一建物に居住される利用者様は1日当たり94円を減額しますが、傷病他やむを得ない事情により送迎が必要と認められ送迎サービスを提供した場合はこの限りではありません。

* 事業所の体制に応じて負担していただく加算 *

加算	概要	自己負担額	算定の有無
サービス提供体制強化加算	下記の割合が厚生労働大臣が定める基準を満たした場合 ①②介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 ③介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 利用者様に直接サービスを提供する職員のうち勤続年数7年以上の者が占める割合	事業対象者・要支援1 ① 88 円/月 ② 72 円/月 ③ 24 円/月 事業対象者・要支援2 ① 176 円/月 ② 144 円/月 ③ 48 円/月 上記のうちいずれかの算定となります。	有
介護職員処遇改善加算	介護職員の賃金の改善及び資質向上等、厚生労働大臣の定める基準を満たした場合 I : 経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置した場合 II : 上記 I の加算を算定していない場合	I 9.2 % II 9.0 % 上記のうちいずれか料金の加算	有
生活機能向上連携加算 I	ICTの活用等により外部のリハビリテーション専門職等と連携し機能訓練のマネジメントを行った場合 ※運動器機能向上加算を算定している場合は算定しない	100 円/月 3ヶ月に1回	無
生活機能向上連携加算 II	外部のリハビリテーション専門職等と連携し機能訓練のマネジメントを行った場合 ※運動器機能向上加算を算定している場合	200 円/月 ※ 100 円/月	無
科学的介護推進体制加算	利用者様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直す等、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合	40 円/月	有

* 利用者様の状況に応じて負担していただく加算 *

加算	概要	自己負担額	算定の有無
栄養アセスメント加算	従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者様又はその家族様に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応した場合 栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合	50 円/月	無
栄養改善加算	栄養ケア計画に基づきサービスを実施した場合	200 円/月	無
口腔・栄養スクリーニング加算	①利用開始時および利用中6月ごとに口腔の健康状態、栄養状態について確認し、当該情報を担当ケアマネジャーに提供した場合(6月に1回を限度) ②口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当ケアマネジャーに提供した場合(6月に1回を限度)	① 20 円/月 ② 5 円/月	無
口腔機能向上加算	①口腔機能改善管理指導計画に基づきサービスを実施した場合(1月に2回を限度) ②上記①の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用した場合(1月に2回を限度)	① 150 円/日 ② 160 円/日	無
生活機能向上グループ活動加算	計画に基づきサービスを1週に1回以上実施した場合 ※運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上、選択的サービス複数実施のうちいずれかの加算を算定した場合は算定しません。	100 円/月	無
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者様にサービスを実施した場合	240 円/月	無
選択的サービス複数実施加算	運動器機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを提供し、厚生労働省が定めた基準を満たした場合 ※運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上のうちいずれかの加算を算定した場合は算定しません。	2種類 480 円/月 3種類 700 円/月	無

(注) 給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者様の負担額を変更させていただきます。

(給付とならないサービス)

《サービスの概要と利用料金》

① 食費: 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

- ・利用者様に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- ・当施設の通常の通所型サービスにおける食事の費用は500円とさせていただきます。

② 利用者様の希望・選択で提供する特別な食事

- ・通常の食事に代えて、利用者様の希望・選択により特別な食事を提供いたします。
- なおその特別な食事を提供する際には、その特別な食事の費用(食材料費及び調理費用相当額)を前もって希望・選択を採る際に提示させていただきます。

③ 利用者様のご希望によりレクリエーション、クラブ活動等に参加する事ができます。

- ・クラブ活動等の際に材料等を必要とする場合は、材料費の実費をご負担いただきます。

④ 身体状況等で特別に必要とする生活用品等

- ・利用者様の身体状況等で特別に必要とするおむつ等の衛生用品・生活用品等を提供した場合には、その実費をご負担いただきます。 パット代:15円、紙おむつ・リハビリパンツ代:45円

⑤ 複写物の交付

- ・利用者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円(税込)

⑥ その他、利用者様又は家族様等の希望による便宜

- ・利用者様又はその家族様等より、その他特別な便宜の提供のご依頼がある場合には、その実費をご負担いただきます。(「写真の交付:1枚当たり20円(税込)」、その他実費にて)