

## 〈2024.6.1改正〉利用料金表

|                  |                               |            |        |        |          |   |  |           |           |         |
|------------------|-------------------------------|------------|--------|--------|----------|---|--|-----------|-----------|---------|
| 事業所名称            | ソラーナデイサービスセンター                |            |        |        |          |   |  |           |           |         |
| 提供サービス           | 通所介護                          |            |        |        |          | 介護予防・日常生活支援総合事業<br>通所型サービス(従前相当 A型)             |  |           |           |         |
| 事業所番号            | 0673000188                    |            |        |        |          |   |  |           |           |         |
| 定員               | 合算で35名                        |            |        |        |          |   |  |           |           |         |
| 事業開始年月日          | 平成12年2月27日                    |            |        |        |          | 通所型サービス(従前相当)平成30年4月1日<br>通所型サービス(A型) 平成29年4月1日 |  |           |           |         |
| 営業日              | 月・火・水・木・金・土 但し 日曜日と1/1～1/3は休日 |            |        |        |          | 月・火・水・木・金・土 但し 日曜日と1/1～1/3は休日                   |  |           |           |         |
| 単 価(単位)<br>(注1)  | 区分                            | 通常規模型通所介護費 |        |        |          |   | 従前<br>相当<br><br>A<br>型                               | 事業<br>対象者 | 原則 月4回まで  | 436     |
|                  | サービス提供時間                      | 3-4 時間     | 4-5 時間 | 5-6 時間 | 6-7 時間   | 7-8 時間  |  | 事業<br>対象者 | 原則 月8回まで  | 447(注3) |
|                  | 要介護1                          | 370        | 388    | 570    | 583      | 655   |  | 要支援1      | 原則 月4回まで  | 436     |
|                  |                               |            |        |        |          |   |  | 要支援2      | 原則 月4回まで  | 447     |
|                  |                               |            |        |        |          |   |  | 要支援2      | 原則 月8回まで  | 447     |
|                  | 要介護2                          | 423        | 444    | 673    | 689      | 773   |  | 事業<br>対象者 | 原則 月4回まで  | 305     |
|                  |                               |            |        |        |          |   |  | 事業<br>対象者 | 原則 月8回まで  | 313     |
|                  | 要介護3                          | 479        | 502    | 777    | 796      | 896   |  | 要支援1      | 原則 月4回まで  | 305     |
| 要介護4             | 533                           | 560        | 880    | 901    | 1018     | 要支援2  | 原則 月4回まで   | 313       |           |         |
|                  |                               |            |        |        |          | 要支援2  | 原則 月8回まで   | 313       |           |         |
|                  | 要介護5                          | 588        | 617    | 984    | 1008     | 1142  | 特別な理由により原則の回数を超えてサービスを利用する場合には、区内に「理由書」を提出して下さい。(注3) |           |           |         |
| 加算(単位)<br>(注2)   | ◎ 入浴介助体制加算(Ⅰ)                 |            |        |        |          | 40/日  | 生活機能向上グループ活動加算                                       |           | 100/月1回   |         |
|                  | 入浴介助体制加算(Ⅱ)                   |            |        |        |          | 55/日  | 栄養アセスメント加算   |           | 50/月1回    |         |
|                  | 中重度者ケア体制加算                    |            |        |        |          | 45/日  | 栄養改善加算   |           | 200/月1回   |         |
|                  | 生活機能向上連携加算                    |            |        |        |          | 200/月1回   | 口腔機能向上加算(Ⅰ)  |           | 150/月1回   |         |
|                  | 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ                  |            |        |        |          | 56/日  | 口腔機能向上加算(Ⅱ)  |           | 160/月1回   |         |
|                  | 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ                  |            |        |        |          | 76/日  | 口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)                                     |           | 20/6ヶ月1回  |         |
|                  | 個別機能訓練加算(Ⅱ)                   |            |        |        |          | 20/日  | 口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)                                     |           | 5/6ヶ月2回   |         |
|                  | ADL維持等加算(Ⅰ)                   |            |        |        |          | 30/月1回  | 一体的サービス提供加算  |           | 480/月1回   |         |
|                  | ADL維持等加算(Ⅱ)                   |            |        |        |          | 60/月1回  | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)  |           | 100/3ヶ月1回 |         |
|                  | 認知症加算                         |            |        |        |          | 60/日  | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)  |           | 200/3ヶ月2回 |         |
|                  | 若年性認知症利用者受入加算                 |            |        |        |          | 60/日  | 科学的介護推進体制加算  |           | 40/月      |         |
|                  | 栄養アセスメント加算                    |            |        |        |          | 50/月2回  | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1                                  |           | 88/月      |         |
|                  | 栄養改善加算                        |            |        |        |          | 200/月1回   | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2                                  |           | 176/月     |         |
|                  | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)             |            |        |        |          | 20/月6ヶ月1回                                       | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1                                  |           | 72/月      |         |
|                  | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)             |            |        |        |          | 5/月6ヶ月1回  | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2                                  |           | 144/月     |         |
|                  | 口腔機能向上加算                      |            |        |        |          | 150/月2回   | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1                                  |           | 24/月      |         |
|                  | 科学的介護推進体制加算                   |            |        |        |          | 40/月1回  | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2                                  |           | 48/月      |         |
|                  | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)               |            |        |        |          | 22/日  |  |           |           |         |
|                  | ○ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)             |            |        |        |          | 18/日  | 通所型サービスの加算は従前相当のみとなります。A型については基本単価へ処遇改善加算が加算されます。    |           |           |         |
|                  | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)               |            |        |        |          | 6/日   |  |           |           |         |
| ○ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) |                               |            |        |        | 9.20%    | ○ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)                                | 9.20%  |           |           |         |
| ◎ 送迎減算           |                               |            |        |        | -47単位/片道 |   |  |           |           |         |
| 食 費(円)           | 700円(全額自己負担)/日                |            |        |        |          |   |  |           |           |         |

(注1) 利用料金は各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

(注2) ◎ 選択サービスとして、加算を算定します。

○ 体制加算として、加算の算定を行いません。すべてのご利用者様が対象となります。