

利用料金（デイサービスリアン）

【地域密着型通所介護】

2-1 基本料金

(1) 介護サービス基本料金（法定金額）・・・地域密着型通所介護費 （単位：円／日）

| サービス提供時間 | 負担割合 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 9：30～16：00 (6時間以上7時間未満) | 1割 | 678 | 801 | 925 | 1,049 | 1,172 |
| | 2割 | 1,356 | 1,602 | 1,850 | 2,098 | 2,344 |

※併設のリアンフォートにお住まいの方の場合、1日につき94円（2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の金額）が割引となります。

注) 1 一定以上の所得のある方は、2割負担または3割負担となります。(2)の加算費用についても同様です。以下、特に記載のない場合は1割負担の金額を示します。2割負担の方の場合は2倍の金額、3割負担の方の場合は3倍の金額に読み替えます。

2 通常の事業の実施地域内における送迎費は介護サービス基本料金に含まれます。

<通常の事業実施地域> 山梨市全域（地域密着型通所介護）

(2) 介護保険加算費用（法定費用）（該当する場合にご負担いただきます。）（単位：円／日）

| | | | |
|--------------|------|----|--|
| サービス提供体制強化加算 | (I) | 22 | 介護福祉士の資格を有する職員を一定数以上配置していること等によりご負担いただくものです。（介護福祉士の配置状況により（I）又は（II）になります。） |
| | (II) | 18 | |
| 個別機能訓練加算 | (I)イ | 56 | 専従の機能訓練指導員が利用者個別の機能訓練計画を作成し、少人数又は個別に機能訓練を実施する場合にご負担していただくものです。（機能訓練指導員の勤務状況により（I）イ、又はロになります。） |
| | (I)ロ | 76 | |
| | (II) | 20 | |
| 中重度者ケア体制加算 | | 45 | 看護職員・介護職員を手厚く配置していること、重度化対応していること等によりご負担いただくものです。 |
| 認知症加算 | | 60 | 認知症介護に関する一定の研修を終了した者を配置していること等により、認知症自立度Ⅲ、Ⅳ又はⅤの方について、負担していただくものです。 |
| ADL維持等加算 | (I) | 30 | ADLの評価をパーセルインデックスを用いて行い、評価値が一定の基準をクリアしている場合にご負担していただくものです。（1か月当たり）（評価対象者の状況により（I）又は（II）となります。） |
| | (II) | 60 | |
| 入浴加算（I） | | 40 | 実施しない場合にはご負担いただく必要はありません。 |

| | | |
|-----------------|------|--|
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 心身の基本的な情報を「LIFE」に入力、フィードバックを受け、PDCAサイクルによりケアプランや計画への反映を行っている場合にご負担をいただくものです。(1か月当たり) |
| 介護職員等处遇改善加算 (I) | 9.2% | 法律に基づき、(1) 介護サービス基本料金と(2) 加算費用の合計金額の9.2%に相当する金額をご負担していただくものです。 |

※パーセント表示のある加算は、1・2・3割負担とも同率です。

- 注) 3 口腔機能の向上を目的として、計画的に口腔清掃の指導若しくは実施又は嚥下機能に関する訓練等(口腔機能向上サービス)を行った場合、原則として3月間につき、1月に2回を限度として1回当たり150円が加算されます。3月間経過後においても、引き続き口腔機能向上サービスを行うことが必要と認められる場合は、引き続き3月間につき、1月に2回を限度として1回当たり150円が加算され、以後の3月間についても同様となります。(口腔機能向上加算)
- 4 介護保険法で定められた若年性認知症利用者に該当する場合は、1日につき60円が加算されます。(若年性認知症利用者受入加算)
- 5 介護保険法が改正された場合、変更された額に合わせて、利用料金は変更されます。

【介護型サービス】

2-1 基本料金

(1) 通所型サービス基本料金(法定金額)(保険者山梨市)

| 利用区分 | 料金(1割負担の場合) | 対象者 |
|--------|--------------------------|-------------------------|
| 週に1回程度 | 436円/回 1,798円/月(5回以上) | 事業対象者又は 要支援1の認定を受けた方 |
| 週に2回程度 | 447円/回 3,621円/月(9回以上) | 事業対象者又は 要支援2の認定を受けた方 |

- 注) 1 一定以上の所得のある方は、2割負担又は3割負担となります。2割負担の場合は、1割負担の場合の2倍の金額に、3割負担の場合は3倍の金額になります。(2)の加算費用についても同様です。以下、特に記載のない場合は1割負担の金額を示します。なお、負担割合については介護保険負担割合証に記載の負担割合となります。
- 2 1月当たりの利用回数はケアプランに基づきます。
- 3 送迎費及び入浴費は含まれます。通常の事業実施地域は、山梨市全域です。
- 4 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を利用している場合は、当事業所のサービスを利用することはできません。
- 5 利用者が他の事業所による通所型サービスを利用している場合は、当事業所のサービスを利用することはできません。

(2) 介護保険加算費用(法定費用)(該当する場合にご負担いただきます。)(単位:円/月)

| | | 要支援1 | 要支援2 | |
|-----------------|------|------|------|--|
| サービス提供体制強化加算 | (I) | 88 | 176 | 介護福祉士の資格を有する職員を一定数以上配置していること等によりご負担していただくものです。(介護福祉士の配置状況により (I) 又は (II) になります。 |
| | (II) | 72 | 144 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | 40 | | 心身の基本的な情報を「LIFE」に入力、フィードバックを受け、PDCAサイクルによりケアプランや計画への反映を行っている場合にご負担をいただくものです。(1か月当たり) |
| 介護職員等処遇改善加算 (I) | | 9.2% | | (1) 通所型サービス基本料金と (2) 加算費用の合計金額の9.2%に相当する金額をご負担していただくものです。 |

※パーセント表示のある加算は、1・2・3割負担とも同率です。

注) 6 介護保険法で定められた若年性認知症利用者に該当する場合は、1月につき240円が加算されます。(若年性認知症利用者受入加算)

7 介護保険法が改正された場合、変更された額に合わせて、利用料金は変更されます。

【通所介護】【通所型サービス】共通

(3) 食費

| | |
|-------------|-------|
| 昼食代 (おやつ含む) | 654 円 |
|-------------|-------|

注) 1 利用者及びご家族の収入・資産等により市町村から社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の適用を受けた場合は利用料の一部が軽減されます。

2 1月間に支払った【介護サービス基本料金2-1の(1)】と【介護保険加算費用2-1の(2)】との合計金額が、一定の上限額を超えた場合は、利用者(又はご家族)の申請により、上限額を超えた額が市町村から高額介護サービス費として払い戻されます。

※高額介護サービス費の申請の際、利用料領収書が必要となりますので、大切に保管して下さい。

【高額介護サービス費の基準】

| 入居者の所得段階 | 上限額 (月額) |
|--|--------------------------------|
| 生活保護を受給している方等 | 15,000 円 (個人) |
| 世帯の全員が市町村民税非課税 前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が 80 万円以下の方等 | 15,000 円 (個人) 24,600 円 (世帯) |
| 世帯の全員が市町村民税非課税 | 24,600 円 (世帯) |
| 市町村民税課税～課税所得 380 万円 (年収 770 万円) 未満 | 44,400 円 (世帯) |
| 課税所得 380 万円 (年収約 770 万円)～課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円) 未満 | 93,000 円 (世帯) |
| 課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円) 以上 | 140,100 円 (世帯) |

※対象となるのは、介護保険給付分のみです。居住費・食費は対象外です。

※「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限を指します。

2-2 利用者の希望によるサービスの利用料金

| 区 分 | 利用料金 | 備 考 |
|------------------------|--------------------------|---|
| 教養娯楽費 | 実費 | 利用者の希望により行うレクリエーションやクラブ活動の材料費等が該当します。 |
| 理美容代 | 実費 | 毎月2回以上、理美容師の出張サービスがあります。 |
| 特別な食事の提供費 | 実費 | 行事や催しに合わせて特別なお食事を提供した場合などにご負担いただく場合があります。 |
| 介護保険給付に該当しない時間帯のサービス費用 | 500円/時間 (1時間未満の端数繰上げ) | ○サービス提供時間の前後に、いわゆる預かりサービスとして利用する場合(ただし、職員状況により対応できる時間が限られます。) ○通常の利用において、利用者の都合により、介護保険法で定められた最も短いサービス提供時間未満で帰宅された場合 ○2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の金額の金額になります。 |

2-3 キャンセル料

(1) 食費のキャンセル料

- ① 利用日当日の9時30分までに連絡なく利用をキャンセルした場合は、当日分の食費を全額ご負担いただきます。
- ② 利用中に利用者の都合で食事を取らなかった場合あるいは食事前に帰宅された場合は、食費を全額ご負担いただきます。

(2) 利用日当日のキャンセル料

- ① 利用日当日に、利用者の都合でキャンセルされた場合、キャンセル料として500円(2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の金額)ご負担いただきます。

2-4 利用中のサービスの中止

次の場合には、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ① 利用中に体調が悪くなった場合。
- ② 利用者の行動が、他の利用者または事業所職員等の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業所において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- ③ 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をする恐れが極めて大きく、事業所において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- ④ 利用者が故意に法令行為その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合。

2-5 利用料金の支払い方法

利用料金は、1 か月ごとに計算し、翌月の15日までにご請求いたしますので、請求された月の25日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

○利用者又はご家族の銀行口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 山梨中央銀行

※口座振替（引落とし）手数料は法人負担とさせていただきます。

※口座振替依頼書の契約者名は利用者様ご本人のお名前をお願いします。

○指定口座への現金振込み

山梨中央銀行 牧丘支店 普通預金 口座番号 199195

口座名義 社会福祉法人 壽光会（じゅこうかい）

※振込名義は利用者様ご本人のお名前をお願いします。

○事業所窓口もしくは送迎時に現金でお支払い

（出来るだけお釣りのないようにお願いします）

※正当な理由なく利用料金を滞納された場合は、事業者による利用契約の解除権に該当し、サービスの利用は中止となります。利用料金は約束の期日までに確実にお支払いください

。