

サンライフえさし指定通所介護事業所 利用料金表 (1割負担)

1. 地域密着型通所介護費

(単位：円/日)

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 時間以上 3 時間未満	305	349	395	439	485
3 時間以上 4 時間未満	415	476	538	598	661
4 時間以上 5 時間未満	435	499	564	627	693
5 時間以上 6 時間未満	655	773	893	1010	1130
6 時間以上 7 時間未満	676	798	922	1,045	1,168
7 時間以上 8 時間未満	750	887	1,028	1,168	1,308
8 時間以上 9 時間未満	780	922	1,068	1,216	1,360

2. 地域密着通所介護費の加算項目

(単位：円)

加算項目 (1日または1回)		金 額	加算項目 (1日または1回)		金 額	
感染症等対応加算		基本料金の3%	口腔栄養スクリーニング加算 I (6月に1回)		20	
入浴介助加算	(I)	40	口腔栄養スクリーニング加算 II (6月に1回)		5	
	(II)	55	口腔機能向上加算 I (月2回を限度)		150	
中重度者ケア体制加算		45	口腔機能向上加算 II (月2回を限度)		160	
生活機能向上連携加算 (I) (3月に1回を限度) 【1月】		100	科学的介護推進体制加算 【1月】		40	
生活機能向上連携加算 (II) 【1月】		200	送迎減算 (家族送迎の場合)		-47	
個別機能訓練加算	(I) イ	56	サービス提供体制強化 加算	(I)	22	
	(I) ロ	85		(II)	18	
	(II)	20	(I)	単位数の総合計×59/1000		
ADL維持加算 【1月】	(I)	30	介護職員処 遇改善加算	(II)	単位数の総合計×43/1000	
	(II)	60		(III)	単位数の総合計×23/1000	
	(III)	3		(I)	単位数の総合計×12/1000	
認知症加算		60	介護職員等特 定処遇改善加 算	(II)	単位数の総合計×10/1000	
若年性認知症利用者受入加算		60		介護職員等ベースアップ等支援加 算	単位数の総合計×11/1000	
栄養アセスメント加算 【1月】		50				
栄養改善加算 (月2回を限度)		200				

- * 1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
- * 加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
- * 厚生労働省の定める加算要件 (職員配置状況等) を満たした場合に加算されます。

3. その他、実費負担項目

実 費 負 担 項 目	料 金	実 費 負 担 項 目	料 金
食費 (昼食)	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代 (1通につき)	1,100円

サンライフえさし指定通所介護事業所 利用料金表 (2割負担)

1. 地域密着型通所介護費

(単位:円/日)

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 時間以上 3 時間未満	610	698	790	878	970
3 時間以上 4 時間未満	830	952	1,076	1,196	1,322
4 時間以上 5 時間未満	870	998	1,128	1,254	1,386
5 時間以上 6 時間未満	1,310	1,546	1,786	2,020	2,260
6 時間以上 7 時間未満	1,352	1,596	1,844	2,090	2,336
7 時間以上 8 時間未満	1,500	1,774	2,056	2,336	2,616
8 時間以上 9 時間未満	1,560	1,844	2,136	2,432	2,720

2. 地域密着通所介護費の加算項目

(単位:円)

加算項目 (1日または1回)		金 額	加算項目 (1日または1回)		金 額
感染症等対応加算		基本料金の3%	口腔栄養スクリーニング加算 I (6月に1回)		40
入浴介助加算	(I)	80	口腔栄養スクリーニング加算 II (6月に1回)		10
	(II)	110	口腔機能向上加算 I (月2回を限度)		300
中重度者ケア体制加算		90	口腔機能向上加算 II (月2回を限度)		320
生活機能向上連携加算 (I) (3月に1回を限度) 【1月】		200	科学的介護推進体制加算 【1月】		80
生活機能向上連携加算 (II) 【1月】		400	送迎減算 (家族送迎の場合)		-94
個別機能訓練加算	(I) イ	112	サービス提供体制強化 加算	(I)	44
	(I) ロ	170		(II)	36
	(II)	40	(I)	単位数の総合計×118/1000	
ADL維持加算 【1月】	(I)	60	介護職員処 遇改善加算	(II)	単位数の総合計×86/1000
	(II)	120		(III)	単位数の総合計×46/1000
	(III)	6		(I)	単位数の総合計×24/1000
認知症加算		120	介護職員等特 定処遇改善加 算	(II)	単位数の総合計×20/1000
若年性認知症利用者受入加算		120		介護職員等ベースアップ等支援加 算	単位数の総合計×22/1000
栄養アセスメント加算 【1月】		100			
栄養改善加算 (月2回を限度)		400			

- * 1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
- * 加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
- * 厚生労働省の定める加算要件 (職員配置状況等) を満たした場合に加算されます。

3. その他、実費負担項目

実 費 負 担 項 目	料 金	実 費 負 担 項 目	料 金
食費 (昼食)	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代 (1通につき)	1,100円

サンライフえさし指定通所介護事業所 利用料金表 (3割負担)

1. 地域密着型通所介護費

(単位：円/日)

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 時間以上 3 時間未満	915	1,047	1,185	1,317	1,455
3 時間以上 4 時間未満	1,245	1,428	1,614	1,794	1,983
4 時間以上 5 時間未満	1,305	1,497	1,692	1,881	2,079
5 時間以上 6 時間未満	1,965	2,319	2,679	3,030	3,390
6 時間以上 7 時間未満	2,028	2,394	2,766	3,135	3,504
7 時間以上 8 時間未満	2,250	2,661	3,084	3,504	3,924
8 時間以上 9 時間未満	2,340	2,766	3,204	3,648	4,080

2. 地域密着通所介護費の加算項目

(単位：円)

加算項目 (1日または1回)		金 額	加算項目 (1日または1回)		金 額
感染症等対応加算		基本料金の3%	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回)		60
入浴介助加算	(Ⅰ)	120	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回)		15
	(Ⅱ)	165	口腔機能向上加算Ⅰ (月2回を限度)		450
中重度者ケア体制加算		135	口腔機能向上加算Ⅱ (月2回を限度)		480
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (3月に1回を限度) 【1月】		300	科学的介護推進体制加算 【1月】		120
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 【1月】		600	送迎減算 (家族送迎の場合)		-141
個別機能訓練加算	(Ⅰ) イ	168	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	66
	(Ⅰ) ロ	255		(Ⅱ)	54
	(Ⅱ)	60	(Ⅰ)	単位数の総合計×177/1000	
ADL維持加算 【1月】	(Ⅰ)	90	介護職員処遇改善加算	(Ⅱ)	単位数の総合計×129/1000
	(Ⅱ)	180		(Ⅲ)	単位数の総合計×69/1000
	(Ⅲ)	9		(Ⅰ)	単位数の総合計×36/1000
認知症加算		180	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅱ)	単位数の総合計×30/1000
若年性認知症利用者受入加算		180		介護職員等ベースアップ等支援加算	単位数の総合計×33/1000
栄養アセスメント加算 【1月】		150			
栄養改善加算 (月2回を限度)		600			

- * 1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
- * 加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
- * 厚生労働省の定める加算要件 (職員配置状況等) を満たした場合に加算されます。

3. その他、実費負担項目

実 費 負 担 項 目	料 金	実 費 負 担 項 目	料 金
食費 (昼食)	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代 (1通につき)	1,100円