

指定通所介護 サン・テレーズ ガーデン 利用料金表

■ 通所介護

令和6年6月1日より

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）																
通所介護サービス費 通常規模型（サービス提供時間・介護度に応じて料金が異なります）																
利用時間	3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満			5時間以上6時間未満			6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満			
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	
要介護1	370	740	1110	388	776	1164	570	1140	1710	584	1168	1752	658	1316	1974	
要介護2	423	846	1269	444	888	1332	673	1346	2019	689	1378	2067	777	1554	2331	
要介護3	479	958	1437	502	1004	1506	777	1554	2331	796	1592	2388	900	1800	2700	
要介護4	533	1066	1599	560	1120	1680	880	1760	2640	901	1802	2703	1023	2046	3069	
要介護5	588	1176	1764	617	1234	1851	984	1968	2952	1008	2016	3024	1148	2296	3444	
負担割合				1割	2割	3割	算定要件									
介護職員等処遇改善加算（I）				9.2%			円/月	全サービスの月間合計金額に9.2%を乗じた金額となります								
サービス提供体制強化加算（I）				22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である								
入浴介助加算 I				40	80	120	円/回	入浴時の介助（見守りを含む）を実施した場合								
送迎を行わない場合				▲ 47	▲ 94	▲ 141	円/回	当施設の送迎を利用されない場合								
若年性認知症受入加算				60	120	180	円/日	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合								
口腔機能向上加算 I				150	300	450	円/回	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合（月2回限）								

その他の介護保険給付についても負担割合に応じた自己負担となります。

◎ 通所型サービス

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）														
通所型サービス費（市町村・介護度・回数により料金が異なります）														
利用回数	月全4回まで（円/日）			月全8回まで（円/日）			月全4回を超える（円/月）			月全8回を超える（円/月）				
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		
要支援1・事業対象者	436	872	1308				1798	3596	5394					
要支援2・事業対象者				447	894	1341				3621	7242	10863		
負担割合				1割	2割	3割	算定要件							
介護職員等処遇改善加算（I）				9.2%			円/月	全サービスの月間合計金額に9.2%を乗じた金額となります						
サービス提供体制強化加算（I）	支1・事業対象	88	176	264			円/月	介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である						
	支2・事業対象	176	352	528										
送迎を行わない場合				▲ 47	▲ 94	▲ 141	円/回	当施設の送迎を利用されない場合						
若年性認知症受入加算				240	480	720	円/月	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合						
口腔機能向上加算 I				150	300	450	円/回	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合（月2回限）						

その他の介護保険給付についても負担割合に応じた自己負担となります。

★ その他の料金

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の為、利用者負担となります）										
その他の利用料	食費（昼食）	700	円/食	昼食（おやつ代含む）			紙おむつ代（処理代含む）	リハビリパンツ	170	円/枚
	日用生活費	100	円程度/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・リンス・石鹸など				紙オムツ	150	
	教養娯楽費	150	円程度/日	創作・遊具・レクリエーション材料など				フラット式オムツ	100	
	理美容代	カット 1200円/回		ひげそり 500円/回				尿取パット	70	

上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日用品などの購入、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。