

(別紙) 太陽と緑の家 今泉 通所介護(デイサービス)

利用者負担金別表

令和8年6月1日改定

※サービスを利用するにあたり、ご負担していただく料金は次の通りです。この料金は、介護保険料に基く料金です。

◎基本料金(通所介護サービス費・大規模型Ⅰ)

(1日あたりの利用料)

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上 8時間未満(16:30まで)	629円	744円	861円	980円	1,097円
6時間以上 7時間未満(15:30まで)	564円	667円	770円	871円	974円
5時間以上 6時間未満(14:30まで)	544円	643円	743円	840円	940円
4時間以上 5時間未満(13:30まで)	376円	430円	486円	541円	597円
3時間以上 4時間未満(12:30まで)	358円	409円	462円	513円	568円

※上記表示は1割負担額となります。一定以上の所得のある方は、介護保険負担割合証の表記の元、2割または3割の負担額となります。

※現在は時間短縮の対応は行っておりません。

◎加算料金(基本料金に加算されます)

加算内容	利用者負担金	備考
入浴介助加算(Ⅰ)	40円	1日当り(入浴や入浴介助を実施した場合)
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	76円	1日当り(機能訓練指導員による個別機能訓練を実施した場合)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円	1月2回を限度として算定されます(歯科衛生士・看護師が口腔ケア計画により実施した場合)(科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算)
科学的介護推進体制加算	40円	1月当り(科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算)
ADL維持等加算(Ⅰ)	30円	1月当り(心身機能の維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価する加算で、改善された数値が1以上の場合)
中重度者ケア体制加算	45円	1日当り(中重度の要介護者を受け入れる体制を確保している場合)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	1日当り(当該加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます)
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総定単位数×12%(当該加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます)	

※上記表示は1割負担額となります。一定以上の所得のある方は、介護保険負担割合証の表記の元、2割または3割の負担額となります。

◎その他ご負担いただく料金

食費(実費)	700円	1日当り 昼食(おやつ代含む)
おむつ代(実費)	100円	持参したもので足りなく、こちらで提供した場合(1枚ごと)
パット代(実費)	30円	持参したもので足りなく、こちらで提供した場合(1枚ごと)

※料金を明示したものの以外に、利用者の希望によって提供するに必要な身の回り品と、利用者の希望によって提供する日常生活に必要な教養娯楽に掛かる費用は実費といたします。

※送迎サービスは福祉車両及び一般車両をご使用いただけます。

※送迎地域は上越市・妙高市

(別紙) 太陽と緑の家 今泉 通所介護(総合事業)

利用者負担金別表(通所型サービス)

令和8年6月1日改定

※サービスを利用するにあたり、ご負担していただく料金は次の通りです。

◎基本料金(通所型サービス費・従前相当)

区分	要支援 1		要支援 2	
基本料金	1,798円/月	59円/日(日割り)	3,621円/月	119円/日(日割り)

◎基本料金(通所型サービス費・緩和した基準)

区分	要支援 1		要支援 2	
基本料金	1,438円/月	47円/日(日割り)	2,897円/月	95円/日(日割り)

※基本料金に運動器機能向上の料金が含まれています。

※上記表示は1割負担額となります。一定以上の所得のある方は介護保険負担割合証の表記の元、2割または3割の負担額となります。

◎加算

加算内容	利用者負担金	備考
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/月	1月2回を限度(歯科衛生士・看護師が口腔ケア計画により実施した場合) 科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算
科学的介護推進体制加算	40円/月	科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1	72円/月	当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	144円/月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総定単位数×12% (当該加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます)	

※上記表示は1割負担額となります。一定以上の所得のある方は介護保険負担割合証の表記の元、2割または3割の負担額となります。

◎その他ご負担いただく料金

食費(実費)	700円	1日当り 昼食(おやつ代含む)
おむつ代(実費)	100円	持参したもので足りなく、こちらで提供した場合(1枚ごと)
パット代(実費)	30円	持参したもので足りなく、こちらで提供した場合(1枚ごと)

※料金を明示したものの以外に、利用者の希望によって提供するに必要な身の回り品と、利用者の希望によって提供する日常生活に必要な教養娯楽に掛かる費用は実費といたします。

※送迎は福祉車両及び一般車両をご使用頂けます。

※送迎地域は上越市