

コンパス デイサービスセンター

ご利用料金表（令和4年10月～）

（令和4年法改正対応）

基本利用料

ご利用時間帯	認定区分	保険単位数	感染災害単位 (保険単位数×1.03)	3割負担	2割負担	1割負担
3時間以上4時間未満	要介護1	368	379	1,239 円	826 円	413 円
	要介護2	421	433	1,415 円	943 円	471 円
	要介護3	477	491	1,605 円	1,070 円	535 円
	要介護4	530	545	1,782 円	1,188 円	594 円
	要介護5	585	602	1,968 円	1,312 円	656 円
4時間以上5時間未満	要介護1	386	397	1,298 円	865 円	432 円
	要介護2	442	455	1,487 円	991 円	495 円
	要介護3	500	515	1,684 円	1,122 円	561 円
	要介護4	557	573	1,873 円	1,249 円	624 円
	要介護5	614	632	2,066 円	1,377 円	688 円
5時間以上6時間未満	要介護1	567	584	1,909 円	1,273 円	636 円
	要介護2	670	690	2,256 円	1,504 円	752 円
	要介護3	773	796	2,602 円	1,735 円	867 円
	要介護4	876	902	2,949 円	1,966 円	983 円
	要介護5	979	1008	3,296 円	2,197 円	1,098 円
6時間以上7時間未満	要介護1	581	598	1,955 円	1,303 円	651 円
	要介護2	686	706	2,308 円	1,539 円	769 円
	要介護3	792	815	2,665 円	1,776 円	888 円
	要介護4	897	923	3,018 円	2,012 円	1,006 円
	要介護5	1,003	1033	3,377 円	2,251 円	1,125 円
7時間以上8時間未満	要介護1	655	674	2,203 円	1,469 円	734 円
	要介護2	773	796	2,602 円	1,735 円	867 円
	要介護3	896	922	3,014 円	2,009 円	1,004 円
	要介護4	1,018	1048	3,426 円	2,284 円	1,142 円
	要介護5	1,142	1176	3,845 円	2,563 円	1,281 円
8時間以上9時間未満	要介護1	666	685	2,239 円	1,493 円	746 円
	要介護2	787	810	2,648 円	1,765 円	882 円
	要介護3	911	938	3,067 円	2,044 円	1,022 円
	要介護4	1,036	1067	3,489 円	2,326 円	1,163 円
	要介護5	1,162	1196	3,910 円	2,607 円	1,303 円

事業所加算

加算種別	保険単位数	10割負担	3割負担	2割負担	1割負担
個別機能訓練加算Ⅰ口	85	926 円	277 円	185 円	92 円
個別機能訓練加算Ⅱ	20	218 円	65 円	43 円	21 円
科学的介護推進体制加算	40	436 円	130 円	87 円	43 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総ご利用単位の59/1000に相当する単位数に10.90を乗じた金額の10割から1割が自己負担額になります。				
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヶ月の総ご利用単位の11/1000に相当する単位数に10.90を乗じた金額の10割から1割が自己負担額になります。				

選択加算

加算種別	保険単位数	10割負担	3割負担	2割負担	1割負担
*1入浴介助加算Ⅱ(ご利用時)	55	599 円	179 円	119 円	59 円
*2若年性認知症利用者受入加算	60	654 円	196 円	130 円	65 円

*1)入浴をご利用された回数分加算されます。

*2)40歳から65歳で「認知症の自立度」の判定がⅢ以上の方へのみ、ご利用毎に加算されます。

その他ご負担額

種別	頻度	内容	ご負担額
食費	ご利用毎	昼食・おやつ	700 円
飲料代	ご利用毎	スポーツドリンク等	100 円
その他食費	必要時	朝食	400 円
		夕食	600 円
滞在費	ご家族・ご本人様要望時	9時間以上の滞在時	3,000 円
衣類	必要時	紙おむつ・尿とりパット・マスク	各50 円
アクティビティ	必要時	材料費等必要経費	実費
利用中止料金(キャンセル料)	ご利用者様の都合で当日のサービスを中止される場合で連絡が当日になった、もしくは連絡頂けなかった場合。		食費+基本利用料のご負担分をご請求します。

- 注) 1. ご自身の負担割合は、区市町村から送られてくる「介護保険負担割合証」でご確認ください。
 2. 基本利用料は、ご利用時間帯に応じたご自身の認定区分に対応するご負担額がご利用毎に生じてきます。対応料金表の金額に月の利用回数に乗じてご算出ください。
 3. 事業所加算は、個別機能訓練加算Ⅰ口のご負担額がご利用毎に生じてきます。対応料金表の金額に月の利用回数に乗じてご算出ください。
 4. 選択加算は、ご利用回数毎に生じる単位数となります。対応料金表の金額に月の利用回数に乗じてご算出ください。
 なお、介護職員処遇改善加算Ⅰのご負担額については月の総ご利用単位数により変動します。