

# ルビーセンター料金表（通所介護・国基準通所型サービス）

令和6年4月1日～

※負担額の割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。「介護保険負担割合証」をご提示ください。

## 1. 介護保険分（通所介護）

### ①基本料金（7時間以上8時間未満）

項目	単位	10割負担 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
要介護1	658	6,876円	688円	1,376円	2,063円	1日につき
要介護2	777	8,119円	812円	1,624円	2,436円	
要介護3	900	9,405円	941円	1,881円	2,822円	
要介護4	1,023	10,690円	1,069円	2,138円	3,207円	
要介護5	1,148	11,996円	1,200円	2,400円	3,599円	

### ②加算料金（☆は対象者のみ）

項目	単位	10割負担 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
☆入浴介助加算（Ⅰ）	40	418円	42円	84円	126円	1日につき
☆個別機能訓練加算（Ⅰ）イ または ☆個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	56 76	585円 794円	59円 80円	117円 159円	176円 239円	1日につき (注1)
☆個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	209円	21円	42円	63円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） または 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	20 5	209円 52円	21円 6円	42円 11円	63円 16円	6月に1回まで (注2)
☆口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	1,672円	168円	335円	502円	1月に2回まで
☆若年性認知症利用者受入加算	60	627円	63円	126円	189円	1日につき
☆送迎減算	-47	-491円	-50円	-99円	-148円	片道につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	229円	23円	46円	69円	1回につき
科学的介護推進体制加算	40	418円	42円	84円	126円	1月につき
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	(介護報酬総単位数×5.9%×10.45円)の利用者負担割合相当額					1月につき
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	(介護報酬総単位数×1.2%×10.45円)の利用者負担割合相当額					
介護職員等ベースアップ等支援加算	(介護報酬総単位数×1.1%×10.45円)の利用者負担割合相当額					

※ 基本料金・加算料金の利用者負担額は、端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

※ 事業所と同一建物に居住する場合、「同一建物減算」が適用されます。

注1 訓練時間帯の人員配置によります。

注2 口腔機能向上加算（Ⅱ）を算定している場合は、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）が算定されます。

## 2. 介護保険分（国基準通所型サービス）

### ①基本料金 ※日割単価が適用される場合があります。

項目	単位	10割負担 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
要支援1または 事業対象者（週1回程度）	436	4,556円	456円	912円	1,367円	月4回まで・1回につき
	1,798	18,789円	1,879円	3,758円	5,637円	月4回超・1月につき
要支援2または 事業対象者（週2回程度）	447	4,671円	468円	935円	1,402円	月8回まで・1回につき
	3,621	37,839円	3,784円	7,568円	11,352円	月8回超・1月につき

②加算料金 (☆は対象者のみ)

項目	単位	10割負担 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) または 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	20 5	209円 52円	21円 6円	42円 11円	63円 16円	6月に1回まで (注1)	
☆口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,672円	168円	335円	502円	1月につき	
☆若年性認知症利用者受入加算	240	2,508円	251円	502円	753円		
科学的介護推進体制加算	40	418円	42円	84円	126円		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	919円	92円	184円		276円
	要支援2	176	1,839円	184円	368円		552円
☆送迎減算	-47	-491円	-50円	-99円	-148円	片道につき	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×5.9%×10.45円)の利用者負担割合相当額					1月につき	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×1.2%×10.45円)の利用者負担割合相当額						
介護職員等ベースアップ等支援加算	(介護報酬総単位数×1.1%×10.45円)の利用者負担割合相当額						

※ 基本料金・加算料金の利用者負担額は、端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

※ 事業所と同一建物に居住する場合、「同一建物減算」が適用されます。

注1 口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定している場合は、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)が算定されます。

3. その他の費用 (通所介護・国基準通所型サービス 共通)

項目	料金	備考
食費	昼食	690円
	おやつ	100円
オムツ代	紙パンツ、紙おむつ	150円
	パッド	50円
レクリエーション費	実費	1回につき (予定外の途中退所の場合は請求いたしません。) 利用者の希望もしくは不足分を提供した場合。1枚あたりの費用。(なるべく持参していただくようお願いします。)
キャンセル料	1,000円	実費の必要なレクリエーションにつき、内容と金額を事前説明し、承諾を得た場合。 利用日前日の17:30までにご連絡いただいた場合及び利用者の体調不良等は無料。

【説明確認欄】

本書面により利用負担金を説明し、同意のもと交付しました。

(事業所) 事業所名

ルビーセンター

説明者

本書面により利用負担金の説明を受け、同意のもと交付されました。

令和 年 月 日

(利用者) 氏名

(代理人または立会人) 氏名