

ひだか博愛園みちしおデイサービスセンター 利用料

通所介護 7 時間以上 8 時間未満 (9 : 30~16 : 40、7 時間 10 分)

	1 日あたりの利用料金 (非課税)
要介護度 1	¥ 6, 550
要介護度 2	¥ 7, 730
要介護度 3	¥ 8, 960
要介護度 4	¥ 10, 180
要介護度 5	¥ 11, 420
サービス提供体制強化加算 (I)	¥ 220
サービス提供体制強化加算 (I)	¥ 180
サービス提供体制強化加算 (II)	¥ 60

各介護度の利用料金とサービス提供体制強化加算の合算が基本料金となります。

その他の費用：通所介護

- ・ 入浴介助加算 (I) 1 回あたり ¥ 400 (非課税)
- ・ 入浴介助加算 (II) 1 回あたり ¥ 550 (非課税)
- ・ 中重度者ケア体制加算 1 回あたり ¥ 450 (非課税)
- ・ 生活機能向上連携加算 (I) 1 月あたり ¥ 1000 (非課税) 3 月に 1 回を限度
- ・ 生活機能向上連携加算 (II) 1 月あたり ¥ 2000 (非課税)

下記の個別機能訓練加算のいずれかを算定している場合には ¥ 1000 (非課税)

- ・ 個別機能訓練加算 (I) イ 1 回あたり ¥ 560 (非課税)
- ・ 個別機能訓練加算 (I) ロ 1 回あたり ¥ 850 (非課税)
- ・ 個別機能訓練加算 (II) 1 月あたり ¥ 200 (非課税)
- ・ ADL 維持等加算 (I) 1 月あたり ¥ 300 (非課税)
- ・ ADL 維持等加算 (II) 1 月あたり ¥ 600 (非課税)
- ・ ADL 維持等加算 (III) 1 月あたり ¥ 30 (非課税)
- ・ 認知症加算 1 回あたり ¥ 600 (非課税)
- ・ 栄養改善加算 1 回あたり ¥ 2, 000 (非課税) 原則 3 月以内、1 月に 2 回を限度
- ・ 口腔栄養スクリーニング加算 (I) 1 回あたり ¥ 200 (非課税) 6 月に 1 度を限度
- ・ 口腔栄養スクリーニング加算 (II) 1 回あたり ¥ 50 (非課税) 6 月に 1 度を限度
- ・ 口腔機能向上加算 (I) 1 回あたり ¥ 1, 500 (非課税) 原則 3 月以内、1 月に 2 回を限度
- ・ 口腔機能向上加算 (II) 1 回あたり ¥ 1, 600 (非課税) 原則 3 月以内、1 月に 2 回を限度
- ・ 栄養アセスメント加算 1 月あたり ¥ 500 (非課税)
- ・ 科学的介護推進体制加算 1 月あたり ¥ 400 (非課税)

- ・若年性認知症利用者受入加算 1回あたり¥600（非課税）
- ・介護職員処遇改善加算 利用した報酬単価の1000分の59に相当する単位数
- ・介護職員等特定処遇改善加算 利用した報酬単価（介護職員処遇改善加算を除く）の1000分の12に相当する単位数

自己負担額は、基本利用料に使用した加算の合計額と、その金額に処遇改善加算の合計額に、介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額です。

- ・昼食費 1食あたり ¥600（全額自己負担）（非課税）
 - ※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。
 - その場合はいったん1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。
 - サービス提供証明書を後日市町村の担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

介護予防通所介護相当サービス

	1月あたりの利用料金 (非課税)
要支援 1	¥16,720
要支援 2	¥34,280

その他の費用：介護予防通所介護相当サービス

- ・生活機能向上グループ活動 ¥1,000 (月額・非課税)
- ・運動器機能向上サービス ¥2,250 (月額・非課税)
- ・口腔機能向上サービス (Ⅰ) ¥1,500 (月額・非課税)
- ・口腔機能向上サービス (Ⅱ) ¥1,600 (月額・非課税)
- ・若年性認知症利用者受入加算 ¥2,400 (月額・非課税)
- ・栄養アセスメント加算 ¥500 (月額・非課税)
- ・栄養改善加算 ¥2,000 (月額・非課税)
- ・選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ) ¥4,800 (月額・非課税)
- ・選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ) ¥7,000 (月額・非課税)
- ・サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ¥880 (月額・非課税、要支援1)
¥1,760 (月額・非課税、要支援2)
- ・サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) ¥720 (月額・非課税、要支援1)
¥1,440 (月額・非課税、要支援2)
- ・サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) ¥240 (月額・非課税、要支援1)
¥480 (月額・非課税、要支援2)
- ・生活機能向上連携加算 (Ⅰ) ¥1,000 (月額・非課税、3月に1回を限度)
- ・生活機能向上連携加算 (Ⅱ) ¥2,000 (月額・非課税)
- ・口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) ¥200 (1回・非課税、6月に1回を限度)
- ・口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) ¥50 (1回・非課税、6月に1回を限度)

