

日高博愛園第2デイサービスセンター 料金表

通所介護 6時間以上7時間未満 (9:50~16:00、6時間10分)

	1日あたりの利用料金 (非課税)
要介護度 1	¥ 5,810
要介護度 2	¥ 6,860
要介護度 3	¥ 7,920
要介護度 4	¥ 8,970
要介護度 5	¥ 10,030
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	¥ 220
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	¥ 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れ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	¥16,550
要支援 2	¥33,930

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 ¥200 (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） ￥ 2 0 0 （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（Ⅰ） ￥ 5 0 （1回・非課税、6月に1回を限度）
- ・科学的介護推進体制加算 ￥ 4 0 （月額・非課税）
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 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（Ⅰ） 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 ￥ 6 0 0（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れない場合があります。
 その場合はいったん1月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。