

## 博愛デイサービスセンター日高川 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 ¥ 100 (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 ¥ 200 (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 ¥ 100 (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円（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。



- ・口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ￥５０（１回・非課税、６月に１回を限度）
- ・科学的介護推進体制加算 ￥４０（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 ￥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。