

日高博愛園デイサービスセンター 料金表

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)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）
- ・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。