

博愛園デイサービスセンター春日 料金表

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

1. 基本サービス

	1 日あたりの利用料金（非課税）
要介護度 1	6, 5 8 0 円
要介護度 2	7, 7 7 0 円
要介護度 3	9, 0 0 0 円
要介護度 4	1 0, 2 3 0 円
要介護度 5	1 1, 4 8 0 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 0 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 8 0 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 0 円

※ 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。

2. その他の費用（加算）通所介護

- ・入浴介助加算（Ⅰ） 1 回あたり 4 0 0 円（非課税）
- ・入浴介助加算（Ⅱ） 1 回あたり 5 5 0 円（非課税）
- ・中重度者ケア体制加算 1 回あたり 4 5 0 円（非課税）
- ・生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1 月あたり 1, 0 0 0 円（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 2, 0 0 0 円（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は、1, 0 0 0 円（非課税））

- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 1 回あたり 5 6 0 円（非課税）
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 1 回あたり 7 6 0 円（非課税）
- ・個別機能訓練加算（Ⅱ） 1 月あたり 2 0 0 円（非課税）
- ・A D L 維持等加算（Ⅰ） 1 月あたり 3 0 0 円（非課税）
- ・A D L 維持等加算（Ⅱ） 1 月あたり 6 0 0 円（非課税）
- ・認知症加算 1 回あたり 6 0 0 円（非課税）
- ・若年性認知症利用者受入加算 1 回あたり 6 0 0 円（非課税）
- ・栄養アセスメント加算 1 月あたり 5 0 0 円（非課税）
- ・栄養改善加算 1 回あたり 2, 0 0 0 円（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 2 0 0 円（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 5 0 円（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, 5 0 0 円（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, 6 0 0 円（非課税）原則 3 月以内、1 月に 2 回を限度

- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 400円（非課税）
- ・ 感染症又は災害発生により利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数より一定以上減少している場合、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を加算する。
- ・ 介護職員等処遇改善加算 利用した介護報酬単価の総額（介護職員等処遇改善加算を除く）
の1000分の92に相当する額

※ 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。

3. その他の費用

- ・ 昼食費 1食あたり 600円（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に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に提出しますと、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

○料金表 介護予防通所介護相当サービス

1. 基本サービス

	1月あたりの利用料金（非課税）
要支援 1	17,980円
要支援 2	36,210円

2. その他の費用（加算）：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円（月額・非課税）
- ・若年性認知症利用者受入加算 2,400円（月額・非課税）
- ・栄養アセスメント加算 500円（月額・非課税）
- ・栄養改善加算 200円（月額・非課税）
- ・口腔機能向上サービス（Ⅰ） 1,500円（月額・非課税）
- ・口腔機能向上サービス（Ⅱ） 1,600円（月額・非課税）
- ・一体的サービス提供加算 4,800円（月額・非課税）
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 880円（月額・非課税、要支援1）
1,760円（月額・非課税、要支援2）
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 720円（月額・非課税、要支援1）
1,440円（月額・非課税、要支援2）
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 240円（月額・非課税、要支援1）
480円（月額・非課税、要支援2）
- ・生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1,000円（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円（月額・非課税）
- ・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 200円（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円（1回・非課税、6月に1回を限度）
- ・科学的介護推進体制加算 400円（月額・非課税）
- ・介護職員等処遇改善加算 利用した介護報酬単価の総額（介護職員等処遇改善加算を除く）
の1000分の92に相当する額

※ 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。

3. その他の費用

- ・昼食費 1食あたり 600円（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に支払われない

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に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。