

デイサービスセンター西貝の郷【通所介護】利用料金表（参考）

利用料金は、1回あたりの金額です。算定する加算は、施設の状況やご利用者の心身の状態、ご利用者のご希望等に応じて変わりますので、料金は参考例としてご覧ください。

区分	項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険サービス給付対象	通常規模型通所介護費		658単位	777単位	900単位	1,023単位	1,148単位
	7時間以上8時間未満	コード	152441	152442	152443	152444	152445
	サービス提供体制強化加算(I)	156099	22単位	22単位	22単位	22単位	22単位
	入浴介助加算(I)	155301	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位
	個別機能訓練加算(I)イ	155051	56単位	56単位	56単位	56単位	56単位
	個別機能訓練加算(I)ロ	155053	76単位	76単位	76単位	76単位	76単位
	個別機能訓練加算(II)	155052	20単位	20単位	20単位	20単位	20単位
	科学的介護推進体制加算	156361	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位
	介護職員等処遇改善加算(I)	156108	77単位	88単位	99単位	110単位	122単位
小計(a)			989単位	1,119単位	1,253単位	1,387単位	1,524単位
対象外サービス	昼食費		630円	630円	630円	630円	630円
	おやつ		50円	50円	50円	50円	50円
	入浴時日用品費		120円	120円	120円	120円	120円
	小計(b)			800円	800円	800円	800円
利用者負担額 1回につき (a)+(b)	負担割合 ※	1割負担	1,803円	1,935円	2,071円	2,206円	2,345円
		2割負担	2,806円	3,069円	3,341円	3,613円	3,891円
		3割負担	3,808円	4,204円	4,612円	5,019円	5,436円

※介護保険給付対象サービスの利用料金は、単位数の合計×10.14円です。料金の9～7割は介護報酬として施設に支払われ、残り1～3割が利用者の負担になります。負担割合は、介護保険負担割合証に記載された割合になります。但し、介護保険の給付範囲を超えた部分のサービスについては、全額が自己負担となります。

- ◆介護職員処遇改善加算(I)は合計単位数に9.2%を乗じて計算します。
- ◆通常のサービス提供時間は7時間(9:30～16:30)です。サービス提供時間が変更になった場合は基本料金が変わります。(送迎時間はサービス提供時間に含まれません)
- ◆送迎にかかる費用は上記に含まれています。但し、当施設の通常の送迎実施地域(磐田市、旧浅羽町)以外では、実施地域を越えた地点から、1kmにつき20円を別途ご負担いただきます。送迎を行わない場合は47単位を減算致します。
- ◆入浴加算を含めて計算しております。入浴されない場合は入浴介助加算分及び入浴時日用品費を除いて請求いたします。
- ◆リハビリパンツ・パット類はご持参下さい。ご持参されない場合、リハビリパンツM 150円、L 180円、LL200円、尿取りパット50円にて提供させていただきます。

◆その他の主な加算

名称	コード	単位数	金額	負担割合※		
				1割負担	2割負担	3割負担
中重度者ケア体制加算	155306	45単位 / 日	456円	46円	91円	137円
ADL維持等加算(I)	156338	30単位 / 月	304円	30円	61円	91円
ADL維持等加算(II)	156339	30単位 / 月	304円	30円	61円	91円
認知症加算	155305	60単位 / 日	608円	61円	122円	182円
若年性認知症利用者受入加算	156109	60単位 / 日	608円	61円	122円	182円
栄養アセスメント加算	156116	50単位 / 月	507円	51円	101円	152円
栄養改善加算	155605	200単位 / 日	2,028円	203円	406円	608円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	156202	20単位 / 回	203円	20円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	156201	5単位 / 回	51円	5円	10円	15円
口腔機能向上加算(I)	155606	150単位 / 月	1,521円	152円	304円	456円
口腔機能向上加算(II)	155608	160単位 / 月	1,622円	162円	324円	487円

口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び6か月ごとに算定します。

※加算は算定要件を満たした場合に算定します。また、上記に記載のない加算を算定することがあります。

デイサービスセンター西貝の郷【総合事業】利用料金表（参考）

利用料金は、要支援1の方は月4回、要支援2の方は月8回ご利用の場合のひと月あたりの金額です。算定する加算は、施設の状況やご利用者の心身の状態、ご利用者のご希望等に応じて変わりますので、料金は参考例としてご覧ください。

区分	項目		要支援1	要支援2	
介護保険対象	基本サービス費		1,798単位 / 月	3,621単位 / 月	
	(通所型独自サービス)	コード	A61111	A61121	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		88単位 / 月	176単位 / 月	
		コード	A66011	A66012	
	科学的介護推進体制加算	A66311	40単位 / 月	40単位 / 月	
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	A66100	177単位	353単位	
介護保険対象サービス 小計㉔			2,103単位	4,190単位	
対象外サービス	昼食費		630円 / 回	630円 / 回	
	おやつ		50円 / 回	50円 / 回	
	入浴時日用品費		120円 / 回	120円 / 回	
	介護保険対象外サービス 小計㉕		800円 / 回	800円 / 回	
利用者負担額の例㉖+㉗		負担割合	1割負担	5,332円	10,649円
※要支援1の方は月4回			2割負担	7,465円	14,897円
要支援2の方は月8回			3割負担	9,597円	19,146円
の場合					

※介護保険給付対象サービスの利用料金は、単位数の合計×10.14円です。料金の9～7割は介護報酬として施設に支払われ、残り1～3割が利用者の負担になります。負担割合は、介護保険負担割合証に記載された割合になります。但し、介護保険の給付範囲を超えた部分のサービスについては、全額が自己負担となります。

- ◆要支援2の方が介護予防ケアマネジメントにより、週1回程度の通所が必要とされた方については、要支援1の区分が適用されます。
- ◆介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は合計単位数に9.2%を乗じて計算します。
- ◆サービス提供時間は、9:30～16:30です。
- ◆送迎にかかる費用は上記に含まれています。
- ◆入浴されない場合は入浴時日用品費を除いて請求いたします。
- ◆リハビリパンツ・パット類はご持参下さい。ご持参されない場合、リハビリパンツM 150円、L 180円、LL200円、尿取りパット50円にて提供させていただきます。
- ◆その他の主な加算

名称	コード	単位数	金額	負担割合※		
				1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
若年性認知症利用者受入加算	A66109	240単位	2,434円	243円	487円	730円
栄養アセスメント加算	A66116	50単位	507円	51円	101円	152円
栄養改善加算	A65003	200単位	2,028円	203円	406円	608円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	A66200	20単位	203円	20円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	A66201	5単位	51円	5円	10円	15円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	A65004	150単位	1,521円	152円	304円	456円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	A65011	160単位	1,622円	162円	324円	487円
一体的サービス提供加算	A66310	480単位	4,867円	487円	973円	1,460円

口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び6か月ごとに算定します。

※加算は算定要件を満たした場合に算定します。また、上記に記載のない加算を算定することがあります。