

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 | ¥ 5,720 |
| 要介護度 2 | ¥ 6,760 |
| 要介護度 3 | ¥ 7,800 |
| 要介護度 4 | ¥ 8,840 |
| 要介護度 5 | ¥ 9,880 |
| サービス提供体制強化加算（I）イ | ¥ 180 |

各介護度の利用料金とサービス提供体制強化加算 I イの合算が基本料金となります。

料金表：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 | ¥ 16,470 |
| 要支援 2 | ¥ 33,770 |
| サービス提供体制強化加算（I）イ （要支援1） | ¥ 720 |
| サービス提供体制強化加算（I）イ （要支援2） | ¥ 1,440 |

上記同様、合算額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 1回あたり ¥ 500（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 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 1回あたり ¥ 460（非課税）

- ・ 個別機能訓練加算 II 1回あたり ¥ 560（非課税）

- ・ ADL 維持等加算 1 回あたり ￥ 6 0 (非課税)
- ・ 認知症加算 1 回あたり ￥ 6 0 0 (非課税)
- ・ 栄養改善加算 1 回あたり ￥ 1, 5 0 0 (非課税)
原則 3 ヶ月以内、1 月に 2 回を限度
- ・ 栄養スクリーニング加算 1 回あたり ￥ 5 0 (非課税)
6 月に 1 度を限度
- ・ 口腔機能向上加算 1 回あたり ￥ 1, 5 0 0 (非課税)
原則 3 ヶ月以内、1 月に 2 回を限度
- ・ 若年性認知症利用者受入加算 1 回あたり ￥ 6 0 0

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, 0 0 0 (月額・非課税)
- ・ 運動器機能向上サービス ￥ 2, 2 5 0 月額・非課税)
- ・ 口腔機能向上サービス ￥ 1, 5 0 0 (月額・非課税)
- ・ 若年性認知症利用者受入加算 ￥ 2, 4 0 0 (月額・非課税)
- ・ 選択的サービス複数実施加算 (I) ￥ 4, 8 0 0 (月額・非課税)
- ・ 選択的サービス複数実施加算 (II) ￥ 7, 0 0 0 (月額・非課税)

その他の費用：共通

- ・ 介護職員処遇改善加算 (I) 利用した報酬単価の 1 0 0 0 分の 5 9 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)