

成島園デイサービスセンター 利用料金

重要事項説明書 別紙

①保険対象の自己負担額分については、枠内左側を1割負担、中央を2割負担、右側を3割負担で表示しています。(単位:円)

令和6年6月1日 現在

項目	総合事業(1ヵ月利用額)									介護(1回利用額)														
	事業対象者 (週1回程度)			要支援1			要支援2			介護1			介護2			介護3			介護4			介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
基本利用額	1,798	3,596	5,394	1,798	3,596	5,394	3,621	7,242	10,863	658	1,316	1,974	777	1,554	2,331	900	1,800	2,700	1,023	2,046	3,069	1,148	2,296	3,444
サービス提供体制強化加算 I	88	176	264	88	176	264	176	352	528	22	44	66	22	44	66	22	44	66	22	44	66	22	44	66
入浴介助加算 I ※入浴介助加算 I・IIの算定不可										40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120
個別機能訓練加算 I・ロ ※個別機能訓練加算 II 上乗せ算定可										76	152	228	76	152	228	76	152	228	76	152	228	76	152	228
個別機能訓練加算 I・イ ※個別機能訓練加算 II 上乗せ算定可										56	112	168	56	112	168	56	112	168	56	112	168	56	112	168
個別機能訓練加算 II (月に1回) ※加算 I 上乗せして算定										20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60
介護 保険対象合計(個別機能訓練加算 I・ロ実施時)										816	1,632	2,448	935	1,870	2,805	1,058	2,116	3,174	1,181	2,362	3,543	1,306	2,612	3,918
総合事業 保険対象合計	1,886	3,772	5,658	1,886	3,772	5,658	3,797	7,594	11,391															
科学的介護推進体制加算(月に1回)	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120	40	80	120
ADL維持等加算 I (月に1回)										30	60	90	30	60	90	30	60	90	30	60	90	30	60	90
ADL維持等加算 II (月に1回)										60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180
認知症加算										60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180
入浴介助加算 II ※入浴介助加算 I・IIの算定不可										55	110	165	55	110	165	55	110	165	55	110	165	55	110	165
栄養改善加算(介護は月に2回を限度) ※口腔・栄養スクリーニング加算 I と併用算定不可	200	400	600	200	400	600	200	400	600	200	400	600	200	400	600	200	400	600	200	400	600	200	400	600
栄養アセスメント加算(月1回)	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150
口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回)	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回)	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15
生活機能向上グループ活動加算	100	200	300	100	200	300	100	200	300															
一体的サービス提供加算	480	960	1,440	480	960	1,440	480	960	1,440															
若年性認知症利用者受入加算	介護は負担割合が1割の方は1日に付き60円(2割の方は120円、3割の方は180円)増し・予防は負担割合が1割の方は1月に付き240円(2割の方は480円、3割の方は720円)増し																							
介護職員等処遇改善加算 I	保険対象の9.2%増し																							

②保険対象外

食費	650 円 1回に付き(内訳:昼食550円・おやつ100円)
圏外送迎	通常の事業の実施地域を越え、1km毎100円。(1km以下四捨五入)

利用参考例① 要介護の方の自己負担額

基本利用額＋サービス提供体制強化加算Ⅰ＋入浴介助加算Ⅰ＋個別機能訓練加算Ⅰ＋食費(回数分)

介護度	介護1			介護2			介護3			介護4			介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1回の自己負担額	1,446	2,242	3,038	1,565	2,480	3,395	1,688	2,726	3,764	1,811	2,972	4,133	1,936	3,222	4,508
1か月に4回利用の場合	5,784	8,968	12,152	6,260	9,920	13,580	6,752	10,904	15,056	7,244	11,888	16,532	7,744	12,888	18,032
1か月に8回利用の場合	11,568	17,936	24,304	12,520	19,840	27,160	13,504	21,808	30,112	14,488	23,776	33,064	15,488	25,776	36,064

利用参考例② 総合事業対象者・要支援の方の利用の自己負担額

基本利用額＋サービス提供体制強化加算Ⅰ＋食費(回数分)

介護度	総合事業対象者			要支援1			要支援2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1か月に4回利用の場合	4,486	6,372	8,258	4,486	6,372	8,258	6,397	10,194	13,991
1か月に8回利用の場合							8,997	12,794	16,591

※総合事業対象者・要支援の方は保険対象料金が1か月単位です。