

基本情報	ご利用料金表		事業所名	デイサービス温咲南 みの ゆとりろ	
			事業所番号	2170300418	
			利用定員	35名	
			事業所規模	通常規模型事業所	
			営業日時	月～金曜日 【 サービス提供時間 9:10-16:15 】 (土曜・日曜・12/31～1/3休み)	
			電話番号	TEL:0575-31-0510 FAX:0575-35-0300	
			サービス提供地域	美濃市 関市(下有知・瀬尻・旭ヶ丘・博愛小学校区)	
			サービス提供地域	美濃市 関市(下有知・瀬尻・旭ヶ丘・博愛小学校区)	
加算・減算	項目		単位	加算対象日	特記
	要介護	入浴介助加算(Ⅰ)	40単位	対象入浴利用日	見守りや必要に応じた介助にて入浴支援された方が対象
		入浴介助加算(Ⅱ)	55単位	対象入浴利用日	入浴計画に基づき入浴支援された方が対象
		中重度者ケア体制加算	45単位	全利用日	中重度者の受入れ体制への評価(人員配置の強化等)
		個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位	全利用日	身体機能・生活機能の向上を目的として実施される機能訓練
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	全利用日	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合50%以上
		送迎減算(片道につき)	▲47単位	対象日	事業所が送迎を行わない場合 対象者のみ減算
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	5.9%	一月につき	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位に5.9%加算
		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1.2%	一月につき	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位に1.2%加算
		感染症または災害を理由とする利用者減少の場合の評価	基本報酬に3%加算 もしくは 規模特例	対象月	感染症又は災害の発生により一定以上の利用者減の場合の特例
	事業対象者支援	運動器機能向上加算	225単位	一月につき	運動器の機能向上を目的として実施される機能訓練
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1 72単位 要支援2 144単位	一月につき	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合50%以上
		事業所評価加算	120単位	一月につき	利用者の状態改善の成果を評価する加算 ※本加算に関しては年度毎に算定の可否が変わります
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	5.9%	一月につき	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位に5.9%加算
		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1.2%	一月につき	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位に1.2%加算

◆ 利用料金の目安 ◆

通所介護・ご利用料金 (要介護1～5)

実施時間	介護保険負担割合1割の場合 (※介護保険負担割合証に応じた1割、2割、3割が適用されます)					共通			1日あたりの 総合計
	基本サービス費 通常規模型	入浴介助加算 (Ⅱ)	個別機能 訓練加算(Ⅰ)イ	中重度者ケア 体制加算	サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等特定 処遇改善加算(Ⅰ)	昼食代 (おやつ代込み)	
要介護1 7～8時間	655円	55円	56円	45円	18円	×5.9%	×1.2%	700円	1,588円
要介護2 7～8時間	773円	55円	56円	45円	18円	×5.9%	×1.2%	700円	1,714円
要介護3 7～8時間	896円	55円	56円	45円	18円	×5.9%	×1.2%	700円	1,827円
要介護4 7～8時間	1,018円	55円	56円	45円	18円	×5.9%	×1.2%	700円	1,957円
要介護5 7～8時間	1,142円	55円	56円	45円	18円	×5.9%	×1.2%	700円	2,091円

介護予防・日常生活支援総合事業 - ご利用料金 (要支援1～2/事業対象者)

総合事業	実施期間	介護保険負担割合1割の場合 (※介護保険負担割合証に応じた1割、2割、3割が適用されます)				共通			回数
		基本サービス費	運動器機能訓練加算	事業所評価加算 (算定年度のみ)	サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等特定 処遇改善加算(Ⅰ)	昼食代 (おやつ代込み)	
月額制	要支援1・事業対象者	1ヶ月間	1,672円/月	225円/月	120円/月	72円/月	×5.9%	×1.2%	700円 ×利用回数
	要支援2・事業対象者	1ヶ月間	3,428円/月			144円/月	×5.9%	×1.2%	700円 ×利用回数
回数制	要支援1・事業対象者	1ヶ月間 (月4回まで)	384円/回	225円/月	120円/月	72円/月	×5.9%	×1.2%	700円 ×利用回数
	要支援2・事業対象者	1ヶ月間 (月5～8回まで)	395円/回			144円/月	×5.9%	×1.2%	700円 ×利用回数

※基本部分の1月における月額制・回数制の取り扱いには該当する保険者で異なります。

介護保険対象外・ご費用

自費サービス・おむつ代など	テープ式	100円
	パンツ式	100円
	尿とりパット	50円