

基本情報	ご利用料金表 おんさいな デイサービス 温咲南 みの ゆとりろ		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)	
			項目		単位
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