

| 基本情報            | ご利用料金表        |                 | 事業所名            | デイサービス温咲南ぎふ                                          |                               |                                                            |                            |
|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                 |               |                 | 事業所番号           | 2173400488                                           |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | 利用定員            | 100名                                                 |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | 事業所規模           | 大規模型事業所（Ⅱ）                                           |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | 営業日時            | 月～土曜日【サービス提供時間 9:25-16:30】（日曜・12/31～1/3休み）           |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | 電話番号            | TEL:058-325-8000 FAX:058-325-8001                    |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | サービス提供地域        | 本巢市・瑞穂市・北方町・岐阜市・大垣市・山県市<br>大野町・池田町・揖斐川町・安八町・神戸町・輪之内町 |                               |                                                            |                            |
|                 |               |                 | NIJINOMACHI 450 |                                                      |                               |                                                            |                            |
| 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）口    |                 | 76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                                |                            |
|                 |               | 個別機能訓練加算（Ⅱ）     |                 | 20単位                                                 | 一月につき                         | LIFEへの情報提供及びサービスの質の向上管理                                    |                            |
|                 |               | ADL維持等加算（Ⅰ）     |                 | 30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<br>※本加算に関しては年度毎に算定の可否および（Ⅰ）（Ⅱ）の区分が決定します |                            |
|                 |               | ADL維持等加算（Ⅱ）     |                 | 60単位                                                 | 一月につき                         |                                                            |                            |
|                 |               | 口腔機能向上加算（Ⅱ）     |                 | 160単位                                                | 一月につき2回まで                     | 口腔機能の向上を目的として実施される指導・訓練                                    |                            |
|                 |               | 科学的介護推進体制加算     |                 | 40単位                                                 | 一月につき                         | LIFEへの情報提供及びサービスの質の向上管理                                    |                            |
|                 |               | 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                                      |                            |
|                 |               | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）口 |                 | 12.0%                                                | 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12.0%加算                              |                            |
|                 | ※個別機能訓練加算（Ⅰ）イ |                 | 56単位            | 実施日                                                  | ※感染症等により規定の人員配置に満たない場合のみ算定    |                                                            |                            |
|                 | 事業対象者         | 要支援             | 口腔機能向上加算（Ⅱ）     |                                                      | 160単位                         | 一月につき                                                      | 口腔機能の向上を目的として実施される指導・訓練    |
|                 |               |                 | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） |                                                      | 要支援1 72単位<br>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 |
|                 |               |                 | 科学的介護推進体制加算     |                                                      | 40単位                          | 一月につき                                                      | LIFEへの情報提供及びサービスの質の向上管理    |
|                 |               |                 | 通所型独自送迎減算       |                                                      | ▲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      |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）口 |               |                 | 12.0%           | 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12.0%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<br>総合計 | 1月あたりの<br>加算の合計 |                                                                                       |
|------|----------------------------------------------|---------------|------------------|----------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 基本サービス費<br>大規模型（Ⅱ）                           | 入浴介助加算<br>（Ⅱ） | 個別機能<br>訓練加算（Ⅰ）口 | 中重度者ケア<br>体制加算 | サービス提供体制<br>強化加算（Ⅱ） | 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰ） | 昼食代<br>（おやつ代込み） |               |                 |                                                                                       |
| 要介護1 | 7～8時間                                        | 607円          | 55円              | 76円            | 45円                 | 18円                | ×12.0%          | 800円          | 1,697円          | 個別機能訓練加算（Ⅱ）<br>+<br>ADL維持等加算（Ⅱ）<br>+<br>口腔機能向上加算（Ⅱ）<br>+<br>科学的介護推進体制加算<br><br>440円/月 |
| 要介護2 | 7～8時間                                        | 716円          | 55円              | 76円            | 45円                 | 18円                | ×12.0%          | 800円          | 1,819円          |                                                                                       |
| 要介護3 | 7～8時間                                        | 830円          | 55円              | 76円            | 45円                 | 18円                | ×12.0%          | 800円          | 1,947円          |                                                                                       |
| 要介護4 | 7～8時間                                        | 946円          | 55円              | 76円            | 45円                 | 18円                | ×12.0%          | 800円          | 2,077円          |                                                                                       |
| 要介護5 | 7～8時間                                        | 1,059円        | 55円              | 76円            | 45円                 | 18円                | ×12.0%          | 800円          | 2,203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                 |                       |
|------|------------|-------------------|----------------------------------------------|-------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| 月額制  | 回数制        |                   | 基本サービス費                                      | 口腔機能向上加算（Ⅱ） | サービス提供体制<br>強化加算（Ⅱ） | 科学的介護推進<br>体制加算 | 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰ） | 昼食代<br>（おやつ代込み）<br>回数 |
| 月額制  | 要支援1・事業対象者 | 1ヶ月間              | 1,798円/月                                     | 160円/月      | 72円/月               | 40円/月           | ×12.0%             | 800円 × 利用回数           |
|      | 要支援2・事業対象者 | 1ヶ月間              | 3,621円/月                                     |             | 144円/月              |                 | ×12.0%             | 800円 × 利用回数           |
| 回数制  | 要支援1・事業対象者 | 1ヶ月間<br>（月4回まで）   | 436円/回                                       | 160円/月      | 72円/月               | 40円/月           | ×12.0%             | 800円 × 利用回数           |
|      | 要支援2・事業対象者 | 1ヶ月間<br>（月5～8回まで） | 447円/回                                       |             | 144円/月              |                 | ×12.0%             | 800円 × 利用回数           |

※基本サービス費の1月における月額制・回数制の取り扱いと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  |
|               | 虹の街450弁当（お持ち帰り用） | 486円 |
|               | ドリンク代（昼食なしの方）    | 150円 |