

基本情報	ご利用料金表 デイスサービス おんさいな 温咲南リハビリスタジオ Onsaina - Rehabilitation Studio		事業所名	デイスサービス温咲南リハビリスタジオ	
			事業所番号	2170201434	
			利用定員	22名	
			事業所規模	通常規模型事業所	
			営業日時	月～土曜日 【 サービス提供時間 9:00-16:35 】（日曜・12/31～1/3休み）	
			電話番号	TEL:0575-24-2112 FAX:0575-24-2113	
			サービス提供地域	関市・美濃加茂市・坂祝町・富加町・美濃市	
加算・減算	項目		単位	算定頻度	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
		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 ※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		
		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（Ⅰ）	22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70%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
		介護職員等処遇等改善加算（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	※感染症等により既定の人員配置に満たない場合のみ算定
	事業対象者	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（Ⅰ）	要支援1 88単位 要支援2 176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70%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
		介護職員等処遇等改善加算（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

通所介護 - ご利用料金の目安（要介護1～5）

実施時間 （一日利用）		介護保険負担割合1割 （※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	1月あたりの 加 算 の 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）口	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	昼食代 （ドリンク代込み）		
要介護 1	7～8時間	658円	55円	76円	22円	× 12. 0%	800円	1, 708円	個別機能訓練加算 （Ⅱ） +
要介護 2	7～8時間	777円	55円	76円	22円	× 12. 0%	800円	1, 842円	ADL維持等加算（Ⅱ） +
要介護 3	7～8時間	900円	55円	76円	22円	× 12. 0%	800円	1, 979円	口腔機能向上加算 （Ⅱ） +
要介護 4	7～8時間	1, 023円	55円	76円	22円	× 12. 0%	800円	2, 117円	科学的介護推進体制 加算
要介護 5	7～8時間	1, 148円	55円	76円	22円	× 12. 0%	800円	2, 257円	440円/月

実施時間 （AM/PM利用）		介護保険負担割合1割 （※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	1月あたりの 加 算 の 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）口	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	ドリンク代のみ		
要介護 1	3～4時間	370円	55円	76円	22円	× 12. 0%	100円	686円	個別機能訓練加算 （Ⅱ） +
要介護 2	3～4時間	423円	55円	76円	22円	× 12. 0%	100円	745円	ADL維持等加算（Ⅱ） +
要介護 3	3～4時間	479円	55円	76円	22円	× 12. 0%	100円	808円	口腔機能向上加算 （Ⅱ） +
要介護 4	3～4時間	533円	55円	76円	22円	× 12. 0%	100円	868円	科学的介護推進体制 加算
要介護 5	3～4時間	588円	55円	76円	22円	× 12. 0%	100円	930円	440円/月

介護予防・日常生活支援総合事業 - ご利用料金の目安（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	
			基本サービス費	口腔機能向上加算（Ⅱ）	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	科学的介護推進 体制加算	介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）口	ドリンク代 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	88円/月	40円/月	× 12. 0%	100円 × 利用回数
	要支援 2・事業対象者	1ヶ月間	3, 621円/月		176円/月		× 12. 0%	100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）	436円/回	160円/月	88円/月	40円/月	× 12. 0%	100円 × 利用回数
	要支援 2・事業対象者	1ヶ月間 （月5～8回まで）	447円/回		176円/月		× 12. 0%	100円 × 利用回数

※基本サービス費の1月における月額制・回数制の取り扱いは該当する保険者で異なります。

介護保険対象外 - ご費用

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

当社はご提供頂いた個人情報は厳重に管理し、当社の業務の範囲内のみ利用させていただきます。なお、個人情報を当社より第三者に提供することは一切ありません。