

# デイサービスセンターほほえみ 料金表（1割）

（単価：円）

	加算項目		要支援 1	要支援 2
介護 保険 内	① 3時間以上4時間未満	◎	1,672	3,428
	② 4時間以上5時間未満			
	③ 5時間以上6時間未満			
	④ 6時間以上7時間未満			
	⑤ 7時間以上8時間未満			
	⑥ 運動器機能向上加算	◎	225	225
	⑦ 栄養アセスメント加算		50	50 /月
	⑧ 栄養改善加算	○	200	200
	⑨ 口腔機能向上加算	○	150	150
	⑩ 事業所評価加算		120	120
	⑪ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		480	480
	⑫ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		700	700
	⑬ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20	20
	⑭ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5	5
	⑮ 科学的介護推進体制加算	◎	40	40
	⑯ 同一建物減算		-376	-752
	⑰ サービス提供体制加算（Ⅰ）	◎	88	176
	⑱ サービス提供体制加算（Ⅱ）		72	144
◎の合計（1ヶ月分）			2,025	3,869
	⑲ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	◎	所定単位数（基本サービス+加算・減算）× 5.9%	
	⑳ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	◎	所定単位数（基本サービス+加算・減算）× 1.2%	

※要支援1は週1回、要支援2は週2回までの利用とさせていただきます。

介護保険分につきましては、月額制となっております。

その他の費用（該当者のみ）

自 費	① 食費	660円/日
	② おやつ代	100円/日
	③ 飲み物代	60円/日
	④ 紙おむつ代	110円/枚
	⑤ 尿取りパット代	35円/枚
	⑥ 区域外送迎費（旧関市外）	55円/Km

デイサービスセンターほほえみ 料金表 (1割) (単価:円)

加算項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
介護 保険 内	① 3時間以上4時間未満	356	407	460	510	565	
	② 4時間以上5時間未満	374	428	484	538	594	
	③ 5時間以上6時間未満	541	640	739	839	935	
	④ 6時間以上7時間未満	561	664	766	867	969	
	⑤ 7時間以上8時間未満	◎	626	740	857	975	1,092
	⑥ 入浴介助加算 (I)	◎	40	40	40	40	40
	⑦ 入浴介助加算 (II)		55	55	55	55	55
	⑧ 個別機能訓練加算 (Iイ)	◎	56	56	56	56	56
	⑨ 個別機能訓練加算 (Iロ)		85	85	85	85	85
	⑩ 個別機能訓練加算 (II)		20	20	20	20	20 /月
	⑪ 口腔機能向上加算 (I)	○	150	150	150	150	150
	⑫ 口腔機能向上加算 (II)		160	160	160	160	160
	⑬ 中重度者ケア体制加算	◎	45	45	45	45	45
	⑭ ADL維持等加算 (I)	◎	30	30	30	30	30 /月
	⑮ ADL維持等加算 (II)		60	60	60	60	60 /月
	⑯ 栄養アセスメント加算		50	50	50	50	50 /月
	⑰ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)		20	20	20	20	20
	⑱ 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)		5	5	5	5	5
	⑲ 送迎減算		-47	-47	-47	-47	-47
	⑳ 同一建物送迎減算		-94	-94	-94	-94	-94
	㉑ サービス提供体制加算 (I)	◎	22	22	22	22	22
	㉒ サービス提供体制加算 (II)		18	18	18	18	18
	㉓ サービス提供体制加算 (III)		6	6	6	6	6
	㉔ 感染症・災害時利用者減少の場合の加算		3%	3%	3%	3%	3%
	㉕ 科学的介護推進体制加算		40	40	40	40	40 /月
自費	㉖ 食費	◎	660	660	660	660	
	㉗ おやつ代	◎	100	100	100	100	
	㉘ 飲み物代	◎	60	60	60	60	
◎の合計 (1回分)		1,639	1,753	1,870	1,988	2,105	
㉙ 介護職員処遇改善加算 (I)	◎	所定単位数 (基本サービス+加算・減算) × 5.9%					
㉚ 介護職員等特定処遇改善加算 (I)	◎	所定単位数 (基本サービス+加算・減算) × 1.2%					
その他の費用 (該当者のみ)							
紙おむつ代 110円/枚		尿取りパット 35円/枚		区域外送迎 (旧関市外) 55円/Km			