

## 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 栄養改善加算	○	200	200
	⑧ 口腔機能向上加算	○	150	150
	⑨ 事業所評価加算		120	120
	⑩ 選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ)		480	480
	⑪ 選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ)		700	700
	⑫ 科学的介護推進体制加算	◎	40	40
	⑬ 同一建物減算		-376	-752
	⑭ サービス提供体制加算 (Ⅰ)	◎	88	176
	⑮ サービス提供体制加算 (Ⅱ)		72	144
◎の合計 (1ヶ月分)			2,025	3,869
	⑯ 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%	
	⑰ 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頂いております。

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	680 円/日
	② おやつ代	100 円/日
	③ 飲み物代	60 円/日
	④ 紙おむつ代	130 円/枚
	⑤ 尿取りパット代	40 円/枚
	⑥ 区域外送迎費 (旧関市外)	60 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
①3時間以上4時間未満		356	407	460	511	565
②4時間以上5時間未満		374	428	484	538	594
③5時間以上6時間未満		541	640	739	836	935
④6時間以上7時間未満		561	664	766	867	969
⑤7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
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
⑭ADL維持等加算(Ⅰ)	◎	30	30	30	30	30
⑮ADL維持等加算(Ⅱ)		60	60	60	60	60
⑯栄養アセスメント加算		50	50	50	50	50
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
㉖食費	◎	680	680	680	680	680
㉗おやつ代	◎	100	100	100	100	100
㉘飲み物代	◎	60	60	60	60	60
◎の合計(1回分) 利用日2回目以降は-70単位(円)減ります。		1,699	1,813	1,930	2,048	2,165
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%				
㉛介護職員等ベースアップ等支援加算	◎	所定単位数(基本サービス+加算・減算)×1.1%				
その他の費用(該当者のみ)						
紙おむつ代 130円/枚		尿取りパット 40円/枚		区域外送迎(旧関市外) 60円/Km		

介護  
保険  
内

/月

/月

/月

/月

/月

自費