

デイサービスセンター 手をつな号 料金表

5級地 10.45円

| 地域密着型通所介護費(1回につき) | 単位数 | 利用者負担額 (1割) | 利用者負担額 (2割) | 利用者負担額 (3割) | |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| イ 地域密着型通所介護費 | | (円) | (円) | (円) | |
| (1) 所要時間3時間以上4時間未満の場合 | | | | | |
| (一) 要介護1 | 416 | 435 | 870 | 1,305 | 1日につき |
| (二) 要介護2 | 478 | 500 | 999 | 1,499 | 〃 |
| (三) 要介護3 | 540 | 565 | 1,129 | 1,693 | 〃 |
| (四) 要介護4 | 600 | 627 | 1,254 | 1,881 | 〃 |
| (五) 要介護5 | 663 | 693 | 1,386 | 2,079 | 〃 |
| (2) 所要時間4時間以上5時間未満の場合 | | | | | |
| (一) 要介護1 | 436 | 456 | 912 | 1,367 | 1日につき |
| (二) 要介護2 | 501 | 524 | 1,047 | 1,571 | 〃 |
| (三) 要介護3 | 566 | 592 | 1,183 | 1,775 | 〃 |
| (四) 要介護4 | 629 | 658 | 1,315 | 1,972 | 〃 |
| (五) 要介護5 | 695 | 727 | 1,453 | 2,179 | 〃 |
| (3) 所要時間5時間以上6時間未満の場合 | | | | | |
| (一) 要介護1 | 657 | 687 | 1,373 | 2,060 | 1日につき |
| (二) 要介護2 | 776 | 811 | 1,622 | 2,433 | 〃 |
| (三) 要介護3 | 896 | 937 | 1,873 | 2,809 | 〃 |
| (四) 要介護4 | 1,013 | 1,059 | 2,117 | 3,176 | 〃 |
| (五) 要介護5 | 1,134 | 1,185 | 2,370 | 3,555 | 〃 |
| (4) 所要時間6時間以上7時間未満の場合 | | | | | |
| (一) 要介護1 | 678 | 709 | 1,417 | 2,126 | 1日につき |
| (二) 要介護2 | 801 | 837 | 1,674 | 2,511 | 〃 |
| (三) 要介護3 | 925 | 967 | 1,934 | 2,900 | 〃 |
| (四) 要介護4 | 1,049 | 1,097 | 2,193 | 3,289 | 〃 |
| (五) 要介護5 | 1,172 | 1,225 | 2,450 | 3,675 | 〃 |
| (5) 所要時間7時間以上8時間未満の場合 | | | | | |
| (一) 要介護1 | 753 | 787 | 1,574 | 2,361 | 1日につき |
| (二) 要介護2 | 890 | 930 | 1,860 | 2,790 | 〃 |
| (三) 要介護3 | 1,032 | 1,079 | 2,157 | 3,236 | 〃 |
| (四) 要介護4 | 1,172 | 1,225 | 2,450 | 3,675 | 〃 |
| (五) 要介護5 | 1,312 | 1,371 | 2,742 | 4,113 | 〃 |
| 加算項目 | | | | | |
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40 | 42 | 84 | 126 | 1日につき |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 56 | 59 | 117 | 176 | 〃 |
| 減算項目 | | | | | |
| 同一建物減算 | -94 | -99 | -197 | -295 | 1日につき |
| 送迎を行わない場合の減算 | -47 | -50 | -99 | -148 | 片道につき |
| ロ 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業) | | | | | |
| (1) 通所型独自サービス11 事業対象者、要支援1(週1回程度) | 1,798 | 1,879 | 3,758 | 5,637 | 1月につき |
| 通所型独自サービス11日割 | 59 | 57 | 113 | 170 | 1日につき |
| (2) 通所型独自サービス22 事業対象者、要支援2(週2回程度) | 3,621 | 3,784 | 7,568 | 11,352 | 1月につき |
| 通所型独自サービス22日割 | 119 | 117 | 234 | 351 | 1日につき |
| 介護職員処遇改善加算(1月につき) | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | (介護報酬総単位数×1×9.0%)×2×10.45 | | | | |
| ハ その他日常生活費 | | | | | |
| 昼食代 | | 700円 | | | 1食につき |
| おやつ代 | | 150円 | | | 〃 |
| おむつ・リハビリパンツ・パット代 | | 実費 | | | 1枚 |

【利用者負担算出方法】 地域単価(10.45)×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合※4(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算 ※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7