

# デイサービスセンターしまなみ苑 利用料金表

## Ⅱ.介護予防通所介護

(1) 介護予防通所介護費（月額） ※「介護保険負担割合証」に記載されている負担割合を確認してください。

|         | 要支援1   | 要支援2   |
|---------|--------|--------|
| 基本料金 1割 | 1,647円 | 3,377円 |
| 基本料金 2割 | 3,294円 | 6,754円 |

(2) サービス利用料（介護保険給付加算対象）（月額）

| 加算料金(項目)       | 内容  |      | 1割   | 2割   |
|----------------|---|------|------|------|
| サービス提供体制強化加算Ⅰイ | 介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている加算です。   | 要支援1 | 72円  | 144円 |
|                |   | 要支援2 | 144円 | 288円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰロ | 介護職員の総数のうち介護福祉士が40%以上配置されている加算です。   | 要支援1 | 48円  | 96円  |
|                |   | 要支援2 | 96円  | 192円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ    | 介護職員の処遇改善のための加算になります。月内にご利用頂いた介護予防サービスの総単位数×5.9%となります。  | 要支援1 | 115円 | 229円 |
|                |   | 要支援2 | 221円 | 442円 |
| 運動器機能向上加算      | 看護、介護、生活相談員等の職種の者が共同して利用者ごとに個別の運動器機能向上計画を作成し、当該計画書に基づき、計画的に運動器機能向上サービスを行い、定期的に記録・評価を行なった場合に算定させていただきます。 |      | 225円 | 450円 |

※サービス提供体制強化加算については、その月の体制によって決定しますので、上記Ⅰイ・Ⅰロのどちらかを算定します。

(3) 選択的サービス利用料（介護保険給付対象外）

| 項目         |    | 利用料金 |
|------------|----|------|
| 食費（オヤツ代含む） | 日額 | 790円 |
| 尿取りパッド（小）  | 1枚 | 57円  |
| 尿取りパッド（大）  | 1枚 | 115円 |
| 紙オムツ       | 1枚 | 126円 |
| リハビリパンツ    | 1枚 | 168円 |

※紙オムツ等の介護用品はご利用の場合、費用を申し受けますが、現在使用中のものをお持込頂いても結構です。

| 利用料金<br>(月額) |    | 要支援1   | 要支援2   |
|--------------|----|--------|--------|
|              | 1割 | 2,110円 | 4,069円 |
|              | 2割 | 4,219円 | 8,137円 |

※上記料金は、基本料金・サービス提供体制強化加算Ⅰイ・介護職員処遇改善加算Ⅰ・運動器機能向上加算を合計した金額になります。食費につきましてはご利用回数により異なるため、上記料金には含めておりません。

別に下記の料金が加算される場合があります。

【介護保険対象】

| 加算項目          |    | 内容   | 1割   | 2割   |
|---------------|----|--|------|------|
| 事業所評価加算       | 月額 | 前年度実績により加算させて頂く場合があります。  | 120円 | 240円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 月額 | 医師に若年性認知症と診断された方が利用された場合の加算です。   | 240円 | 480円 |
| 口腔機能向上加算      | 1回 | 口腔機能が低下もしくはそのおそれのある利用者に対して、個別に口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清掃及び摂食・嚥下機能に関する訓練もしくは実施を行い、定期的に評価をし、3ヶ月の期間に限り、月2回を限度に算定される加算です。但し、3ヶ月毎の評価の結果、口腔機能が向上せず、引き続き口腔機能向上サービスが必要と認められる場合は引き続き算定する場合があります。 | 150円 | 300円 |