

# デイサービスセンター しまなみ苑 料金表

## II.介護予防通所介護

※平成29年4月1日以降に新規・更新期に認定を受け、要支援判定を受けた方は尾道市総合事業へ移行します。

### (1)介護予防通所サービス費 (月額)

		週1回利用	週2回利用
①サービス利用料金		16,470円	33,770円
②介護保険から給付	ア.1割負担の方	14,823円	30,393円
	イ.2割負担の方	13,176円	27,016円
自己負担額(①-②)	ア.1割負担の方	1,647円	3,377円
	イ.2割負担の方	3,294円	6,754円

### (2)サービス利用料(介護保険給付対象) (月額)

		サービス提供体制強化加算Ⅰイ		運動器機能向上加算	処遇改善加算		事業所評価加算	若年性認知症利用者受入加算
		週1回	週2回		週1回	週2回		
①サービス利用料金		720円	1,440円	2,250円	1,147円	2,210円	1,200円	2,400円
②介護保険から給付	ア.1割負担の方	648円	1,296円	2,025円	1,032円	1,989円	1,080円	2,160円
	イ.2割負担の方	576円	1,152円	1,800円	918円	1,768円	960円	1,920円
自己負担額(①-②)	ア.1割負担の方	72円	144円	225円	115円	221円	120円	240円
	イ.2割負担の方	144円	288円	450円	229円	442円	240円	480円

#### サービス提供体制強化加算Ⅰイ

介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が50%以上配置されている場合に算定させていただきます。

#### サービス提供体制強化加算Ⅰロ

介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が40%以上配置されている場合に算定させていただきます。

サービス提供体制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・Ⅱのどちらかを算定します。

#### 処遇改善加算Ⅰ(介護保険給付額の5.9%)

※月内にご利用された介護サービスの総単位数×5.9%となりますので金額誤差がありますのでご了承下さい。

#### 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。

#### 口腔機能向上加算

前述の通所介護における口腔機能向上加算と同じです。

#### 若年性認知症利用者受入加算

医師に若年性認知症と診断された場合の加算です。

### (3)選択的サービス利用料(介護保険給付対象額外)

前述の通所介護における選択的サービス利用料(介護保険給付対象額外)と同じ。