

利用料金表      デイサービスはまむら（通所介護…要介護1～5の方）

サービス提供区分	要介護度	ご利用者様負担額			単位数
		1割	2割	3割	
①2時間以上3時間未満 (ご利用者側のやむを得ない事情により長時間サービスが困難な方)	要介護1	270	540	810	270
	要介護2	309	618	927	309
	要介護3	350	700	1,050	350
	要介護4	390	780	1,170	390
	要介護5	430	860	1,290	430
②3時間以上4時間未満	要介護1	368	736	1,104	368
	要介護2	421	842	1,263	421
	要介護3	477	954	1,431	477
	要介護4	530	1,060	1,590	530
	要介護5	585	1,170	1,755	585
③4時間以上5時間未満	要介護1	386	772	1,158	386
	要介護2	442	884	1,326	442
	要介護3	500	1,000	1,500	500
	要介護4	557	1,114	1,671	557
	要介護5	614	1,228	1,842	614
④5時間以上6時間未満	要介護1	567	1,134	1,701	567
	要介護2	670	1,340	2,010	670
	要介護3	773	1,546	2,319	773
	要介護4	876	1,752	2,628	876
	要介護5	979	1,958	2,937	979
⑤6時間以上7時間未満	要介護1	581	1,162	1,743	581
	要介護2	686	1,372	2,058	686
	要介護3	792	1,584	2,376	792
	要介護4	897	1,794	2,691	897
	要介護5	1,003	2,006	3,009	1,003
⑥7時間以上8時間未満	要介護1	655	1,310	1,965	655
	要介護2	773	1,546	2,319	773
	要介護3	896	1,792	2,688	896
	要介護4	1,018	2,036	3,054	1,018
	要介護5	1,142	2,284	3,426	1,142
⑦8時間以上9時間未満	要介護1	666	1,332	1,998	666
	要介護2	787	1,574	2,361	787
	要介護3	911	1,822	2,733	911
	要介護4	1,036	2,072	3,108	1,036
	要介護5	1,162	2,324	3,486	1,162
9時間以上10時間未満	⑦の要介護度別に参照	⑦+50	⑦+100	⑦+150	716
10時間以上11時間未満		⑦+100	⑦+200	⑦+300	766
11時間以上12時間未満		⑦+150	⑦+300	⑦+450	816
12時間以上13時間未満		⑦+200	⑦+400	⑦+600	866
13時間以上14時間未満		⑦+250	⑦+500	⑦+750	916

通常規模型通所介護

※ご利用者の希望又は心身の状況によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2時間程度の利用）の場合は当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。  
 ※月平均のご利用者様の数が当事業所の定員を上回った場合、及び通所介護従事者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月から人員基準欠如が解消されるに至った期間の利用料及び利用者負担額は単位数の70/100×各負担割合となります。

## ■加算等（単位：円）

加算名称	算定回数等	ご利用者様負担額			単位数
		1割	2割	3割	
入浴介助加算	入浴介助を実施した日数	50	100	150	50
中重度者ケア体制加算	1日につき	45	90	135	45
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	個別機能訓練の実施日数	56	112	168	56
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	個別機能訓練の実施日数	85	170	255	85
生活機能向上連携加算 （個別機能訓練加算算定なし）	1月につき	200	400	600	200
生活機能向上連携加算 （個別機能訓練加算算定あり）	1月につき	100	200	300	100
ADL維持等加算（Ⅰ）	1月につき	3	6	9	3
ADL維持等加算（Ⅱ）	1月につき	6	12	18	6
認知症加算	1日につき	60	120	180	60
若年性認知症利用者受入加算	サービス提供日数	60	120	180	60
栄養改善加算	3ヶ月以内（ごと）の期間に限り （1月に2回を限度）	200	400	600	200
栄養スクリーニング加算	1回につき（6月に1回を限度）	5	10	15	5
口腔機能向上加算	3ヶ月以内（ごと）の期間に限り （1月に2回を限度）	150	300	450	150
同一建物に居住する 利用者減算	1日につき	-94	-188	-282	-94
送迎を行わない場合の減算	片道につき	-47	-94	-141	-47
中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	サービス提供日数	基本報酬の5%を加算			
		×1	×2	×3	
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	サービス提供日数	22	44	66	22
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	サービス提供日数	18	36	54	18
サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供日数	6	12	18	6
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数の5.9%を加算			
		×1	×2	×3	
介護職員等 特定処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数の1.2%を加算			
		×1	×2	×3	
介護職員等 特定処遇改善加算Ⅱ	1月につき	所定単位数の1.0%を加算			
		×1	×2	×3	
介護職員等 ベースアップ支援加算	1月につき	所定単位数の1.1%を加算			
		×1	×2	×3	

## ■実費

食費	1食につき（昼食）	587	
日用品費	1日につき	110	
おむつ代	リハビリパンツ	1枚につき	199
	オムツ（テープ）	1枚につき	166
	パッド	1枚につき	56