

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	
通常規模型通所介護	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	272	544	816	272
		要介護2	311	622	933	311
		要介護3	351	702	1053	351
		要介護4	392	784	1176	392
		要介護5	432	864	1296	432
	②3時間以上4時間未満	要介護1	370	740	1110	370
		要介護2	423	846	1269	423
		要介護3	479	958	1437	479
		要介護4	533	1066	1599	533
		要介護5	588	1176	1764	588
	③4時間以上5時間未満	要介護1	388	776	1164	388
		要介護2	444	888	1332	444
		要介護3	502	1004	1506	502
		要介護4	560	1120	1680	560
		要介護5	617	1234	1851	617
	④5時間以上6時間未満	要介護1	570	1140	1710	570
		要介護2	673	1346	2019	673
		要介護3	777	1554	2331	777
		要介護4	880	1760	2640	880
		要介護5	984	1968	2952	984
	⑤6時間以上7時間未満	要介護1	584	1168	1752	584
		要介護2	689	1378	2067	689
		要介護3	796	1592	2388	796
		要介護4	901	1802	2703	901
		要介護5	1,008	2016	3024	1,008
	⑥7時間以上8時間未満	要介護1	658	1316	1974	658
		要介護2	777	1554	2331	777
		要介護3	900	1800	2700	900
		要介護4	1,023	2046	3069	1,023
		要介護5	1,148	2296	3444	1,148
	⑦8時間以上9時間未満	要介護1	669	1398	2097	669
		要介護2	791	1582	2373	791
		要介護3	915	1830	2745	915
		要介護4	1,041	2082	3123	1,041
		要介護5	1,168	2336	3504	1,168
	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	
	10時間以上11時間未満		⑦+100	⑦+200	⑦+300	
	11時間以上12時間未満		⑦+150	⑦+300	⑦+450	
	12時間以上13時間未満		⑦+200	⑦+400	⑦+600	
	13時間以上14時間未満		⑦+250	⑦+500	⑦+750	

※ご利用者様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	40	80	120	40
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	76	152	228	76
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1 月につき	20	40	60	20
生活機能向上連携加（Ⅰ）	1 月につき（3月に 1 回を限度）	100	200	300	100
生活機能向上連携加算（Ⅱ） （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（Ⅱ） （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	30	60	90	30
ADL 維持等加算（Ⅱ）	1 月につき	60	120	180	60
ADL 維持等加算（Ⅲ）	1 月につき	3	6	9	3
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
栄養アセスメント加算	1 月につき	50	100	150	50
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
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回につき（6月に 1 回を限度）	20	40	60	20
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	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（Ⅰ）	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
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 回につき（月2回を限度）	160	320	480	160
科学的介護推進体制加算	1 月につき	40	80	120	40
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	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1.0%を減算	基準型（減算なし）			
業務継続計画策定未実施減算	所定単位数の1.0%を減算	基準型（減算なし）			
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
介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ）	1 月につき	所定単位数の9.2%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