

老人デイサービスセンターこしじ 地域密着型通所介護 サービス料金表

(平成30年4月1日改定)

1. 介護給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の「要介護度」に応じたサービス料金をあなたからご負担いただきます。
(法定利用料に基づく金額)

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|--------|--------|--------|
| 4時間以上5時間未満 | ¥426 | ¥488 | ¥552 | ¥614 | ¥678 |
| 5時間以上6時間未満 | ¥641 | ¥757 | ¥874 | ¥990 | ¥1,107 |
| 6時間以上7時間未満 | ¥662 | ¥782 | ¥903 | ¥1,023 | ¥1,144 |
| 7時間以上8時間未満 | ¥735 | ¥868 | ¥1,006 | ¥1,144 | ¥1,281 |

2. 介護給付サービス加算・減算

下記の表による「加算料金」を、あなたからご負担いただきます。
(法定利用料に基づく金額)

| | | |
|------------------|------|---|
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | ¥46 | 利用者ごとに個別機能訓練加算計画書を作成し、その計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合の加算です。 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | ¥56 | 専従の機能訓練指導員が「心身の状況を重視した」個別機能訓練計画を作成し、訓練目標を準備し、機能訓練指導員が直接実施した場合の加算です。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | ¥18 | 介護職員のうち、介護福祉士の資格を有する者が50%以上でサービスを提供している場合の加算です。 |
| 入浴介助加算 | ¥50 | 一般入浴・特殊入浴などの入浴介助を行っています。そのための加算です。 |
| 口腔機能向上加算 | ¥150 | 指定職員を配置し、口腔機能の低下又はおそれのある利用者に対し、機能改善のための計画を作成し、サービスの実施、定期的な評価と見直しなどを行った場合の加算です。(月2回まで原則3ヶ月毎) |
| 栄養改善加算 | ¥150 | 低栄養状態又はおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が職員と共同して栄養ケア計画を作成し、それに基づくサービスの実施、定期的な評価と見直し等のプロセスを実施した場合の加算です。(月2回まで原則3ヶ月毎) |
| 送迎減算 | | 利用者が自ら介護事業所に通う場合や介護事業所が送迎を行わない場合に、片道につき「-47単位/日」、往復で「-94単位/日」の減算です。 |

3. その他介護給付サービス加算

| | | |
|---------------|-----------|--|
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 総単位数×5.9% | 基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に5.9%を乗じて算定される加算です。 |
|---------------|-----------|--|

4. 介護保険の給付対象とならないサービス

- (1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)
(2) おやつ代

| | |
|------|------|
| 昼食 | ¥560 |
| おやつ代 | ¥40 |

5. 利用者負担金算定例

あなたの、契約期間の最初の月の利用者負担金は、おおむね次のとおりです。

「基本料金・加算料金(介護保険給付対象)」

「実費(介護保険給付対象外)」

| | 提供の有無 | 基本利用料 |
|------------------|-------|-------|
| 基本料金 | | |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 有・無 | |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 有・無 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 有・無 | |
| 入浴介助加算 | 有・無 | |
| 口腔機能向上加算 | 有・無 | |
| 栄養改善加算 | 有・無 | |
| 送迎減算 | 有・無 | |
| 合計 | | |

| | 提供の有無 | 利用者負担金(実費) |
|-------|-------|------------|
| 食事の提供 | 有・無 | |
| おやつ代 | 有・無 | |

上記の料金について同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名

印

(代筆者

)

老人デイサービスセンターこしじ 地域密着型通所介護 サービス料金表 (介護予防通所サービス)

(平成30年4月1日改定)

1. 介護予防給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の「要介護度」に応じたサービス料金をあなたからご負担いただきます。
(法定利用料に基づく金額)

| | 月額料金(入浴・送迎含む) |
|-------|---------------|
| 要支援 1 | ¥1,647 |
| 要支援 2 | ¥3,377 |

2. 介護予防給付サービス加算

下記の表による「加算料金」を、あなたからご負担いただきます。

(法定利用料に基づく金額)

| | 金額(月額) | 要件 |
|----------------|------------|---|
| 生活機能向上グループ活動加算 | ¥100 | 共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動 |
| サービス提供体制加算Ⅰ(イ) | 要支援 1 ¥72 | 介護職員のうち、介護福祉士の資格を有する者が50%以上でサービスを提供している場合の加算です。 |
| サービス提供体制加算Ⅰ(イ) | 要支援 2 ¥144 | |

3. その他介護予防給付サービス加算

| | | |
|---------------|-----------|--|
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 総単位数×5.9% | 基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に5.9%を乗じて算定される加算です。 |
|---------------|-----------|--|

4. 介護保険の給付対象とならないサービス

(1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

| | |
|----|------|
| 昼食 | ¥560 |
|----|------|

(2) おやつ代

| | |
|------|-----|
| おやつ代 | ¥40 |
|------|-----|

5. 利用者負担金算定例

あなたの、契約期間の最初の月の利用者負担金は、おおむね次のとおりです。

「基本料金・加算料金(介護予防給付対象)」

(1回利用ごと)

| | 提供の有無 | 基本利用料 |
|------------------|-------|-------|
| 基本料金 | | |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 有・無 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 有・無 | |

「実費(介護予防給付対象外)」

| | 提供の有無 | 基本利用料 |
|-------|-------|-------|
| 食事の提供 | 有・無 | |
| おやつ代 | 有・無 | |

上記の料金について同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名

印

(代筆者

)