

## 平成デイサービスセンター三浦(ケアホーム三浦内)料金表 (通所介護及び第1号通所事業)

1. 通所介護サービス費、第1号通所介護についての利用者負担は下記の通りです。

令和4年10月1日現在

要介護度	新単位数	介護報酬	利用者負担 (介護報酬の1割)	利用者負担 (介護報酬の2割)	利用者負担 (介護報酬の3割)
<b>①基本料 [第1号通所事業]</b>					
要支援1(5回以上)	1,672	¥17,171 / 月	¥1,718 / 月	¥3,435 / 月	¥5,152 / 月
(4回以下)	384	¥3,943 / 日	¥395 / 日	¥789 / 日	¥1,183 / 日
要支援2(9回以上)	3,428	¥35,205 / 月	¥3,521 / 月	¥7,041 / 月	¥10,562 / 月
(8回以下)	395	¥4,056 / 日	¥406 / 日	¥812 / 日	¥1,217 / 日
<b>[通所介護] 6-7</b>					
要介護1	581	¥5,966 / 日	¥597 / 日	¥1,194 / 日	¥1,790 / 日
要介護2	686	¥7,045 / 日	¥705 / 日	¥1,409 / 日	¥2,114 / 日
要介護3	792	¥8,133 / 日	¥814 / 日	¥1,627 / 日	¥2,440 / 日
要介護4	897	¥9,212 / 日	¥922 / 日	¥1,843 / 日	¥2,764 / 日
要介護5	1,003	¥10,300 / 日	¥1,030 / 日	¥2,060 / 日	¥3,090 / 日
<b>②加算 [第1号通所事業]</b>					
若年性認知症受入加算	240	¥2,464 / 月	¥247 / 月	¥493 / 月	¥740 / 月
運動器機能向上加算	225	¥2,310 / 月	¥231 / 月	¥462 / 月	¥693 / 月
サービス提供体制加算(Ⅰ)口支援1	88	¥903 / 月	¥91 / 月	¥181 / 月	¥271 / 月
サービス提供体制加算(Ⅰ)口支援2	176	¥1,807 / 月	¥181 / 月	¥362 / 月	¥543 / 月
口腔機能向上加算	150(月2回)	¥1,541 / 月	¥154 / 月	¥308 / 月	¥463 / 月
栄養改善加算	200(月2回)	¥2,054 / 月	¥154 / 月	¥308 / 月	¥617 / 月
特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	12/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	59/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			
<b>[通所介護]</b>					
入浴介助加算Ⅰ	40	¥410 / 日	¥41 / 日	¥82 / 日	¥123 / 日
ADL維持等加算1	30	¥308 / 月	¥31 / 月	¥62 / 月	¥93 / 月
ADL維持等加算2	60	¥616 / 月	¥62 / 月	¥124 / 月	¥185 / 月
科学的介護推進体制加算	40	¥410 / 月	¥41 / 月	¥82 / 月	¥123 / 月
若年性認知症受入加算	60	¥616 / 日	¥62 / 日	¥124 / 日	¥185 / 日
個別機能訓練加算Ⅰ	46	¥472 / 日	¥48 / 日	¥95 / 日	¥142 / 日
個別機能訓練加算Ⅱ	20	¥205 / 月	¥21 / 月	¥41 / 月	¥62 / 月
サービス提供体制加算Ⅰ	22	¥225 / 日	¥23 / 日	¥45 / 日	¥68 / 日
口腔栄養スクリーニング加算	20	¥205 / 回	¥21 / 回	¥41 / 回	¥62 / 回
口腔機能向上加算	150	¥1,540 / 回	¥154 / 回	¥308 / 回	¥462 / 回
栄養アセスメント加算	50	¥513 / 回	¥52 / 回	¥103 / 回	¥154 / 回
栄養改善加算	200	¥2,054 / 回	¥206 / 回	¥411 / 回	¥617 / 回
特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	12/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	59/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			
介護職員等ベースアップ等支援加算	11/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			

\*1単位 = ¥10.27(6級地)

**\* 利用者負担額の算出方法(第1号通所事業・通所介護)**

①②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数 × 10.27 = A円

A円 - {A円 × 0.9(1割負担) または 0.8(2割負担)} = B円(利用者負担額)

\* 実際の利用料は費用計算の際に端数処理のためにわずかに異なる場合がございます。

\* 職員の体制により変動する場合がございます。

2. 食費(昼食代) 1回 600円

3. 施設のオムツを使用される場合、オムツ代は実費負担となります。

(リハパン、オムツ90円 パット30円)