

ご利用料金表

地域密着型通所介護事業「デイサービス望星」〈所要時間6時間以上7時間未満〉

介護度	単位数	1日当り自己負担額（円）		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	676	686	1,371	2,057
要介護2	798	810	1,619	2,428
要介護3	922	935	1,870	2,805
要介護4	1,045	1,060	2,120	3,179
要介護5	1,168	1,185	2,369	3,553

加算	単位数	1日当り自己負担額(円)		
入浴介助加算（Ⅰ）	40	41	81	122
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	57	114	171
サービス提供 体制強化加算Ⅱ <small>*介護福祉士の割合50%以上</small>	18	19	37	55

個別機能訓練加算(Ⅱ)	20/月	1割21円 1月にあたり	2割41円 1月にあたり	3割61円 1月にあたり
-------------	------	--------------	--------------	--------------

【厚労省に状況提供（加算予定）】

介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）

介護度	1月当り自己負担額（円）			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1・事業対象者(週1回程度)	1,672	1,696	3,391	5,087
要支援2・事業対象者(週2回程度)	3,428	3,476	6,952	10,428

加算	単位数	1月当り自己負担額（円）			
運動器機能向上加算	225	229	457	685	
<small>機能訓練員が共同して、利用者ごとに計画を作成し実施</small>					
サービス提供 体制強化 加算Ⅱ <small>*介護福祉士の 割合50%以上</small>	要支援1 事業対象者 (週1回程度)	72	73	146	219
	要支援2 事業対象者 (週2回程度)	144	146	292	438

【共通】

\* 介護職員処遇改善加算Ⅰ：所定単位数の5.9%を加算

\* 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ：所定単位数の1.2%を加算

\* 自己負担額は、介護保険負担割合証に記載された割合となります。

（利用日数や端数処理によって、合計金額には変動がございます。）

\* 昼食費(おやつ代込み)は1食につき、500円です。（原爆手帳をお持ちの方は昼食費のみの負担となります）