

デイサービスセンター—菜の花 新料金表

1. 基本料金

サービス内容 (通常規模型通所介護)	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	算定 単位
要介護 1	266円	364円	382円	561円	575円	648円	1 回 に つ き
要介護 2	305円	417円	438円	663円	679円	765円	
要介護 3	345円	472円	495円	765円	784円	887円	
要介護 4	384円	525円	551円	867円	888円	1,008円	
要介護 5	424円	579円	608円	969円	993円	1,130円	
事業対象者	1,647円 (週1回程度)			3,377円 (週2回程度)			月額

※ 上記は負担割合が1割の方の場合です。2割負担の方は上記の金額の2倍になります。

自宅までの送迎は、上記施設サービス料金に包括されています。

2. 介護給付サービス加算料金 (当施設にて算定する主なもの)

	加算 (要介護度1~5)	利用料	算定回数等
要 介 護 度 に よ る 区 分 な し	個別機能訓練加算 (I)	46円/日	個別機能訓練を実施した日数
	口腔機能向上加算	150円/回	3月ごとの期間に限り1月に2回を限度
	中重度者ケア体制加算	45円/日	サービス提供日数
	サービス提供体制強化加算 (II)	6円/日	サービス提供日数
	入浴介助加算	50円/日	入浴介助を実施した日数
	介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数 × 5.9%	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数 (所定単位数)
	介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定単位数 × 1.0%	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数 (所定単位数)

	加算 (事業対象者)	利用料	算定回数等
要 介 護 度 に よ る 区 分 な し	口腔機能向上加算	150円/回	3月ごとの期間に限り1月に2回を限度
	サービス提供体制強化加算 (II)	24円/週1回利用者 48円/週2回利用者	1月につき
	介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数 × 5.9%	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数 (所定単位数)
	介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定単位数 × 1.0%	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数 (所定単位数)

※ 上記は負担割合が1割の方の場合です。2割負担の方は上記の金額の2倍になります。

3. 介護給付以外の料金

項 目	料 金	項 目	料 金
食費等 (1食あたり)	650円 (おやつ代50円込み)	ドレッシングテープ1cm	10円 / 1cm (幅50mmタイプ)
教養娯楽費・諸経費代	200円 / 1ヶ月	ドレッシングテープ1cm	20円 / 1cm (幅100mmタイプ)
パット	50円 / 1枚	包帯	200円 / 1巻
おむつパット (ピンク)	100円 / 1枚	ハイドロサイト	300円 / 1枚
リハパン	100円 / 1枚	マイクロポア1巻	350円 / 1巻
フラットおむつ	80円 / 1枚	理髪	1,500円 / 1回
滅菌パット	100円 / 1枚	ティッシュ1箱	100円 / 1箱
滅菌ガーゼ	100円 / 1枚	血糖測定器	300円 / 1回
マスク	10円 / 1枚	ランドリー	100円 / 1回