

デイサービスセンターごごしま料金表

(単位:円)

1. 基本料金 通常規模型通所介護						
利用時間	要介護度	1割	2割	3割		
3時間以上 4時間未満	要介護1	368	736	1,104		
	要介護2	421	842	1,263		
	要介護3	477	954	1,431		
	要介護4	530	1,060	1,590		
	要介護5	585	1,170	1,755		
4時間以上 5時間未満	要介護1	386	772	1,158		
	要介護2	442	884	1,326		
	要介護3	500	1,000	1,500		
	要介護4	557	1,114	1,671		
	要介護5	614	1,228	1,842		
5時間以上 6時間未満	要介護1	567	1,134	1,701		
	要介護2	670	1,340	2,010		
	要介護3	773	1,546	2,319		
	要介護4	876	1,752	2,628		
	要介護5	979	1,958	2,937		
6時間以上 7時間未満	要介護1	581	1,162	1,743		
	要介護2	686	1,372	2,058		
	要介護3	792	1,584	2,376		
	要介護4	897	1,794	2,691		
	要介護5	1,003	2,006	3,009		
7時間以上 8時間未満	要介護1	655	1,310	1,965		
	要介護2	773	1,546	2,319		
	要介護3	896	1,792	2,688		
	要介護4	1,018	2,036	3,054		
	要介護5	1,142	2,284	3,426		
2. 加算料金						
入浴介助加算(Ⅰ)		40	80	120	1日につき	
入浴介助加算(Ⅱ)		55	110	165	1日につき	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		56	112	168	1日につき	
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ		85	170	255	1日につき	
個別機能訓練加算(Ⅱ)		20	40	60	1日につき	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)【個別機能訓練算定なし】		100	200	300	1月につき	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)【個別機能訓練加算ありの場合は100】		200	400	600	1月につき	
ADL維持加算(Ⅰ)		30	60	90	1月につき	
ADL維持加算(Ⅱ)		60	120	180	1月につき	
栄養改善加算		200	400	600	1回につき(月2回を限度)	
栄養アセスメント		50	100	150	1月につき	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)【※他サービスの同時実施不可】		20	40	60	1回につき(6月ごと)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)【※他サービスの同時実施不可】		5	10	15	1回につき(6月ごと)	
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	300	450	1回につき(月2回を限度)	
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	320	480	1回につき(月2回を限度)	
科学的介護推進体制加算		40	80	120	1月につき	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22	44	66	1回につき	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数 5.9%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)					所定単位数 1.2%	
3. 減算						
送迎なし		-47	-94	-141	片道につき	
4. その他(実費)						
食材料費	昼食		610		おやつ代を含む	
オムツ代	紙オムツL		126		1枚につき	
	紙オムツM		104		"	
	リハビリパンツLL		104		"	
	リハビリパンツML		97		"	
	共用パット		21		"	

令和3年4月1日現在