

デイサービスセンターごごしま料金表

(単位:10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	備考	内容
	3時間以上 4時間未満	要介護1	370	740	1,110		
		要介護2	423	846	1,269		
		要介護3	479	958	1,437		
		要介護4	533	1,066	1,599		
		要介護5	588	1,176	1,764		
	4時間以上 5時間未満	要介護1	388	776	1,164		
		要介護2	444	888	1,332		
		要介護3	502	1,004	1,506		
		要介護4	560	1,120	1,680		
		要介護5	617	1,234	1,851		
	5時間以上 6時間未満	要介護1	570	1,140	1,710		
		要介護2	673	1,346	2,019		
		要介護3	777	1,554	2,331		
		要介護4	880	1,760	2,640		
		要介護5	984	1,968	2,952		
	6時間以上 7時間未満	要介護1	584	1,168	1,752		
		要介護2	689	1,378	2,067		
		要介護3	796	1,592	2,388		
		要介護4	901	1,802	2,703		
		要介護5	1,008	2,016	3,024		
	7時間以上 8時間未満	要介護1	658	1,316	1,974		
		要介護2	777	1,554	2,331		
		要介護3	900	1,800	2,700		
		要介護4	1,023	2,046	3,069		
		要介護5	1,148	2,296	3,444		
2. 加算料金							
入浴介助加算(Ⅰ)			40	80	120	1日につき	入浴介助に関する研修を実施し、利用者の入浴介助を行った場合に加算します。
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ			56	112	168	1日につき	機能訓練員等を1名以上配置して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、利用者の身体機能及び生活機能の向上を目的に機能訓練指導員等が計画的に機能訓練を実施した場合に加算します。
個別機能訓練加算(Ⅱ)			20	40	60	1月につき	個別機能訓練(Ⅰ)の取り組みに加え、計画書等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他の機能訓練に必要な情報を活用している場合に加算します。
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)	利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを実施し、担当する介護支援専門員に提供している場合に加算します。
口腔機能向上加算(Ⅰ)			150	300	450	1回につき(月2回を限度)	口腔機能の向上を目的として、利用者ごとに口腔機能改善管理指導計画を作成し、看護職員が口腔機能向上サービスを行い、定期的に記録・評価をしている場合に加算します。
口腔機能向上加算(Ⅱ)			160	320	480	1回につき(月2回を限度)	口腔機能向上加算(Ⅰ)の取り組みに加え、口腔機能向上改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他の口腔衛生の管理に必要な情報を活用している場合に加算します。
科学的介護推進体制加算			40	80	120	1月につき	利用者ごとにADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況を3月ごとに厚生省に提出して必要な情報を活用している場合に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			22	44	66	1回につき	事業所介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上配置されている場合に加算します。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)							厚生労働大臣が定める基準に適合する介護員等の賃金の改善等を実施しているものとして指定通所介護事業所が利用者に対し、指定介護通所を行った場合に所定単位数 9.2%加算します。
3. 減算							
送迎なし			-47	-94	-141	片道につき	居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に減算します。
4. その他(実費)							
食材料費 昼食			660			おやつ代を含む	
教養娯楽費(喫茶等)			380			材料費 1回につき	
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			〃	