

デイサービスセンターごごしま総合事業 料金表

(単位:10円)

1. 基本料金（1月につき）						
	要介護度	1割	2割	3割	利用回数	
	要支援 1	436/回	872/回	1,308 /回	月に 3 回まで	
		1,798/月	3,596/月	5,394/月	月に 4 回以上	
	要支援 2	447/回	894/回	1,341/回	月に 7 回まで	
		3,621/月	7,242/月	10,863/月	月に 8 回以上	
2. 加算料金(1月につき)					備 考	内 容
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	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。
	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月ごとに厚労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。
	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。
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）支援 1	88	176	264	1月につき	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。
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）支援 2	176	352	528	1月につき	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相当通所型サービス事業所が利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合に所定単位数 9.2%加算します。
3. 減算						
(円)						
	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						
(円)						
	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			〃	

令和7年1月1日現在