

## デイサービスセンターみをつくし(通所介護)利用料金

## ■介護保険給付対象サービス(重要事項説明書10・1)

サービス提供時間	9:15~16:20 (7時間~8時間)				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型通所介護費 (7時間~8時間)	658単位	777単位	900単位	1023単位	1148単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位				
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76単位				
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位				
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	73単位	84単位	95単位	107単位	118単位
基本サービス費+各種加算	869単位	999単位	1133単位	1268単位	1404単位
7級地における介護報酬額 (利用者負担1割分:利用料金)	882円	1013円	1149円	1286円	1424円
7級地における介護報酬額 (利用者負担2割分:利用料金)	1763円	2026円	2298円	2572円	2848円
7級地における介護報酬額 (利用者負担3割分:利用料金)	2644円	3039円	3447円	3858円	4271円

※他、科学的介護情報システム(LIFE)を活用した科学的介護の推進を行った際に、科学的介護推進体制加算(40単位/月)を算定させていただきます。

※個別機能訓練加算については職員配置により個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ:76単位ではなく、個別機能訓練加算(Ⅰ)イ:56単位を算定させていただく日があります。

※個別機能訓練、入浴介助は、実施しなかった場合には算定されません。  
(どちらの加算も介護職員処遇改善加算の単位数にも影響します。)

※上記料金は、1日あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

## ■介護保険給付対象外サービス(重要事項説明書10・2)

1. 食費(材料費・調理代)は、**昼食681円**です。

※経管栄養の利用者などで持参される方は食材料費を除く額を調理代として300円徴収させていただきます。

2. 当事業所の送迎時間外や通常の事業の実施地域を越えて利用を実施される場合は、ご家族の送迎をお願いします。尚、当事業所で送迎を行った場合は、別途交通費を徴収させていただきます。

3. 余暇活動や外出にかかる費用については、実費をご負担いただきます。

4. 医療材料費については、別紙をご参照ください。

5. その他、ご負担していただくものは、以下の通りです。(使用されたときのみ)

①リハビリパンツ 150円

②尿取りパット(小) 30円

③尿取りパット(大) 50円

④テープ式紙オムツ 200円

⑤医療材料(別紙) ( 必要 ・ 不要 )

同意年月日

年 月 日 署名

## デイサービスセンターみをつくし(介護予防通所サービス)利用料金

## ■介護保険給付対象サービス(重要事項説明書10・1)

	事業対象者 要支援1、要支援2 (週1回程度)	要支援2(週2回程度)
介護予防通所サービス費	1798単位	3621単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88単位	176単位
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	174単位	349単位
基本サービス費+各種加算	2060単位	4146単位
7級地における介護報酬額 (利用者負担1割分:利用料金)	2089円	4204円
7級地における介護報酬額 (利用者負担2割分:利用料金)	4178円	8408円
7級地における介護報酬額 (利用者負担3割分:利用料金)	6267円	12612円

※上記は、1ヶ月あたりの利用料金となります。

※他、科学的介護情報システム(LIFE)を活用した科学的介護の推進を行った際に、科学的介護推進体制加算(40単位/月)を算定させていただきます。

《加算について》

1. サービス提供体制強化加算(Ⅰ):88単位/月(要支援1・要支援2(週1回程度)176単位/月(要支援2(週2回程度)

・介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上もしくは、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の配置。  
当事業所は算定要件を満たしています。

2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ):基本サービス費に各種加算を加えた単位数にサービス別加算率(9.2%)を乗じた単位数

介護職員の処遇改善を確実にを行うための加算で、事業所が行なう処遇改善に応じて加算区分が異なります。当事業所では、この加算の算定要件となる8つの項目すべての条件を満たしています。

3. 7級地における介護報酬額:1単位の単価 1,014/1,000

国家公務員の地域手当に準じた7区分の地域割りにより、浜松市の地域区分は、7級地となります。  
7級地では、単位数に10.14円を乗じた金額が費用額(10割分)となり、費用額から保険請求額(9割分)を引いた額が利用者負担額(1割分)となります。

## ■介護保険給付対象外サービス(重要事項説明書10・2)

- 食費(材料費・調理代)は、**昼食681円**です。
- 当事業所の送迎時間外や通常の事業の実施地域を越えて利用を実施される場合は、ご家族の送迎をお願いします。または、別途交通費を徴収させていただきます。
- 余暇活動や外出にかかる費用については、実費をご負担いただきます。
- 医療材料費については、別紙をご参照ください。
- その他、ご負担していただくものは、以下の通りです。(使用されたときのみ)
  - ①リハビリパンツ 150円
  - ②尿取りパット(小) 30円
  - ③尿取りパット(大) 50円
  - ④テープ式紙オムツ 200円
  - ⑤医療材料(別紙) ( 必要 ・ 不要 )

上記利用料金について説明を受け、内容に同意しました。

同意年月日 年 月 日 署名