

デイサービス会心 利用料金

令和3年4月1日 現在

(I) 認知症対応型通所介護費用(実施提供時間 6 時間以上 7 時間未満)

(日 額) (単位:円)

要介護度	介護サービス費 (1割)	入浴介助加算	自己負担額合計
要介護度1	788	40	828
要介護度2	874	40	914
要介護度3	958	40	998
要介護度4	1040	40	1080
要介護度5	1125	40	1165

サービス提供体制強化加算(区分支給限度基準額の算定対象から除外)

- (I) 1日/22円 (介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上
勤続年数10年以上介護福祉士25%以上)
- (II) 1日/18円 (介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上)
- (III) 1日/6円 (介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上
勤続年数7年以上介護福祉士30%以上)

(I)イ・(I)ロ・(II)の要件を満たした場合にいずれかを算定

その他のサービス(選択的サービス)

- ①個別機能訓練 I:1日/27円 II:1日/20円
- ②口腔機能向上加算 I 1回/150円 (3ヶ月以内 月2回まで)
II 1回160円 (3ヶ月以内 月2回まで)
- ③栄養アセスメント加算 50円
- ④ADL維持等加算 I:30円/月 II:60円/月
- ⑤科学的介護推進体制加算 40円/月

介護職員処遇改善加算 加算率 Iの場合10.4%、IIの場合7.6%、IIIの場合4.2%

- (I) 所定単位数 × 104 / 1000
- (II) 所定単位数 × 76 / 1000
- (III) 所定単位数 × 42 / 1000

所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

送迎を当事業所が行わない場合の減算 -47円(片道につき)

(II) 介護予防認知症対応型通所介護費用(実施提供時間6時間以上7時間未満)

(日額) (単位:円)

要介護度	介護サービス費 (1割)	入浴介助加算	自己負担額合計
要支援1	678	40	728
要支援2	756	40	806

サービス提供体制強化加算(区分支給限度基準額の算定対象から除外)

(Ⅰ)：1日22円(介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上)
(勤続年数10年以上介護福祉士25%以上)

(Ⅱ)：1日18円(介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上)

(Ⅲ)：1日6円(介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上)
(勤続年数7年以上介護福祉士30%以上)

(Ⅰ)イ・(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)の要件を満たした場合にいずれかを算定

その他のサービス(選択的サービス)

①個別機能訓練：Ⅰ：1日/27円 Ⅱ：1日/20円

②口腔機能向上加算Ⅰ：1回/150円(3ヶ月以内 月2回まで)

Ⅱ：1回/160円(3ヶ月以内 月2回まで)

③栄養アセスメント加算：50円

④ADL維持等加算：Ⅰ：30円/月 Ⅱ：60円/月

⑤科学的介護推進体制加算：40円/月

介護職員処遇改善加算 加算率 Ⅰの場合10.4%、Ⅱの場合7.6%、Ⅲの場合4.2%

(Ⅰ) 所定単位数 × 104 / 1000

(Ⅱ) 所定単位数 × 76 / 1000

(Ⅲ) 所定単位数 × 42 / 1000

所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

送迎を当事業所が行わない場合の減算 -47円(片道につき)

(2)介護保険の給付対象とならないサービス

①食事代：320円(昼食)

②特別な飲食事代：提供に要した実費相当額

③日常生活用品費：利用者の日常生活に必要な物品の購入に要した実費相当額

(例)おむつ代 歯ブラシ代 タオル代など

④クラブ活動：特に、利用者個人に帰属するような物品や材料代などの購入に要した実費相当額

基本料金(介護サービス費)1割

(日額)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3～4時間未満	490単位	540単位	588単位	638単位	687単位
4～5時間未満	514単位	565単位	617単位	668単位	719単位
5～6時間未満	769単位	852単位	934単位	1014単位	1097単位
6～7時間未満	788単位	874単位	958単位	1040単位	1125単位