

デイサービスセンターひばりヶ丘利用料金表①

令和1年10月1日改正

社会福祉法人 青燈会

◎通所介護

	要介護	(A)				(B)	
		介護保険適用				介護保険適用外	
		基本料金 7時間以上8時間未満	入浴加算	個別機能訓練 加算Ⅰ 注6	サービス提供体 制強化加算Ⅰ	食費 ※注1	おやつ飲み物代 ※注2
大規模通所介護 (Ⅰ)	要介護1	620	50	46	18	550 (1回あたり)	50 (1回あたり)
	要介護2	733					
	要介護3	848					
	要介護4	965					
	要介護5	1,081					

※那珂市は地域区分が七級地になりますので一単位の単価が10.14円となります。

- ①介護職員処遇改善加算Ⅰ(C) = (A) × 利用回数 × 5.9% ※①と②に関して小数点以下四捨五入
 ②介護職員処遇改善加算Ⅰ(D) = (A) × 利用回数 × 1.2%
 ③(A × 利用回数 + C + D) × 10.14 = 1カ月の介護保険費用(E) ※③と④に関して小数点以下切り捨て
 ④(E) × 保険割合(1割負担者:0.9、2割負担者:0.8、3割負担者:0.7) = 介護保険適用額(F)
 ⑤(E) - (F) = 介護保険利用者負担分(G)
 ⑥(G) + (B) × 利用回数 = 利用者負担総額

【その他の介護保険適用の費用について】

	(単位:10.14円 1日当たりの金額)	備考
介護職員処遇改善加算Ⅰ	(A) × 利用回数 × 5.9%	小数点以下四捨五入
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	(A) × 利用回数 × 1.2%	小数点以下四捨五入
個別機能訓練加算Ⅱ	56	注7
若年性認知症利用者受入加算	60	注3
栄養改善加算	150	注4(3か月以内に月2回まで)
栄養スクリーニング加算	5	注8(6ヶ月に1回)
口腔機能向上加算	150	注4(月2回まで)

【その他の介護保険適用外の費用について】

	(単位:円)	備考
教養娯楽費(選択レクリエーション毎)	100	クラブ活動の材料費 注5
パンツ型紙おむつ代	100	ご使用毎
パット型紙おむつ代	40	ご使用毎

- 注1 食費 550円は、ご利用日毎にかかります
 注2 おやつ飲み物代 50円は、ご利用日毎にかかります
 注3 個別担当者を決め、ニーズに応じた対応が必要な場合
 注4 ケアマネジメントとして、改善あるいは向上が必要であり判断された場合
 注5 個別レクリエーションとして実施するクラブ活動に参加された場合
 注6 自立支援と日常生活の充実に資することを目的として個別機能訓練計画書を作成し、3ヶ月毎に一回利用者居宅を訪問した上で、利用者または家族に対し機能訓練(マッサージ含む)の進捗状況を説明し見直し等を行う。機能訓練(マッサージ含む)を行った時に算定。
 注7 生活機能向上を目的として利用者の心身の状況に応じた個別機能訓練計画書を作成し、3ヶ月毎に一回利用者居宅を訪問した上で、利用者または家族に対し機能訓練の進捗状況を説明し見直し等を行う。機能訓練を行った時に算定。
 注8 栄養状態について確認し、介護支援専門員に文書で共有した場合に算定

デイサービスセンターひばりヶ丘利用料金表②

令和1年10月1日改正

社会福祉法人 青燈会

◎介護保険認定で要支援の方

		(A)		(B)	(C)	(D)	(E)		
		介護保険適用					介護保険適用外		
		基本料金	運動器機能向上加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険1ヶ月分	食費※注1	おやつ飲み物代※注2
介護予防通所介護	要支援1	1,655	225	72	115	23	2,120	550 (1回あたり)	50 (1回あたり)
	要支援2	3,393		144	222	45	4,086		

※那珂市は地域区分が七級地になりますので一単位の単価が10.14円となります。

- ① $(A+B+C) \times 10.14 = 1$ カ月の介護保険費用(F) ※①と②に関して小数点以下切り捨て
 ② $(F) \times \text{保険割合} (1\text{割負担者:}0.9、2\text{割負担者:}0.8、3\text{割負担者:}0.7) = \text{介護保険適用額}(G)$
 ③ $(F) - (G) = \text{介護保険1割利用者負担分}(D)$
 ④ $(D) + (E) \times \text{利用回数} = \text{利用者負担総額}$

【その他の介護保険適用の費用について】

	(単位:10.14円 1ヶ月当たりの金額)	備 考
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	$(A) \times 5.9\%$	小数点以下四捨五入
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	$(A) \times 1.2\%$	小数点以下四捨五入
若年性認知症利用者受入加算	240	注3
栄養改善加算	150	注4 (月2回まで)
口腔機能向上加算	150	注4 (月2回まで)

【その他の介護保険適用外の費用について】

	(単位:円)	備 考
教養娯楽費(選択レクリエーション毎)	100	クラブ活動の材料費 注5
パンツ型紙おむつ代	100	ご使用毎
パット型紙おむつ代	40	ご使用毎

注1 食費 550円は、ご利用日毎にかかります

注2 おやつ飲み物代 50円は、ご利用日毎にかかります

注3 個別担当者を決め、ニーズに応じた対応が必要な場合

注4 ケアマネジメントとして、改善あるいは向上が必要であり判断された場合

注5 個別レクリエーションとして実施するクラブ活動に参加された場合