

いなさ園デイサービスセンター 料金表（令和6年6月改定）

通所介護（1回あたり）

※負担割合については市から交付される「介護保険負担割合証」をご確認ください。

| 要介護度 | 介護保険給付対象項目（※金額は1割負担の場合） | | | | 介護保険給付 対象外項目 | 1回あたりの 見込み利用負担額 |
|------|----------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------------|---|
| | 基本サービス費 | 加算サービス費 | | | | |
| | 通常規模型通所介護費 (7時間以上8時間未満) | サービス提供 体制強化加算(Ⅰ) | 入浴介助加算(Ⅰ) | 介護職員等処遇 改善加算(Ⅰ) 注1 | 食 費 | |
| 要介護1 | 658 円 | 22 円 | 40 円 | 66 円 | 524 円 | 1,310 円 2割負担:2,096 円 3割負担:2,883 円 |
| 要介護2 | 777 円 | 22 円 | 40 円 | 77 円 | 524 円 | 1,440 円 2割負担:2,356 円 3割負担:3,273 円 |
| 要介護3 | 900 円 | 22 円 | 40 円 | 89 円 | 524 円 | 1,575 円 2割負担:2,625 円 3割負担:3,676 円 |
| 要介護4 | 1,023 円 | 22 円 | 40 円 | 100 円 | 524 円 | 1,709 円 2割負担:2,894 円 3割負担:4,078 円 |
| 要介護5 | 1,148 円 | 22 円 | 40 円 | 111 円 | 524 円 | 1,845 円 2割負担:3,167 円 3割負担:4,488 円 |

☆ その他の加算として、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（56円／回）・（Ⅱ）（20円／月）や、栄養改善加算（200円／回）、口腔機能向上加算（150円／回）、若年性認知症利用者受入加算（60円／回）、ADL維持等加算（Ⅰ）（30円／月）・（Ⅱ）（60円／月）を算定する場合があります（※2割負担の場合はそれぞれの2倍の額、3割負担の場合はそれぞれの3倍の額となります）。

注1 介護職員等処遇改善加算については、基本サービス費と各加算サービス費の1月の総額の9.2%を算定するため、上記金額は概算となります。

出雲市通所介護相当サービス（1月あたり）

※負担割合については市から交付される「介護保険負担割合証」をご確認ください。

| 対象者 | 介護保険給付対象項目（※金額は1割負担の場合） | | | 介護保険給付 対象外項目 | 1月あたりの 利用負担額 |
|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|--|
| | 基本サービス費 | 加算サービス費 | | | |
| | 通所型サービス費 | サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ | 介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）注1 | 食費 | |
| 要支援1又は2、事業対象者 （週1回程度） | 1,798円 | 88円 | 174円 | 524円×食事回数 | 2,060円＋食費 2割負担：4,119円＋食費 3割負担：6,179円＋食費 |
| 要支援2、事業対象者 （週2回程度） | 3,621円 | 176円 | 349円 | 524円×食事回数 | 4,146円＋食費 2割負担：8,293円＋食費 3割負担：12,439円＋食費 |

☆ その他の加算として、運動機能向上加算（225円／月）や、栄養改善加算（150円／月）、口腔機能向上加算（150円／月）、生活機能向上グループ活動加算（100円／月）、若年性認知症利用者受入加算（240円／月）を算定する場合があります（※2割負担の場合はそれぞれの2倍の額、3割負担の場合はそれぞれの3倍の額となります）。

注1 介護職員等処遇改善加算については、基本サービス費と各加算サービス費の1月の総額の9.2%を算定するため、上記金額は概算となります。