

[ご利用料金表]

自立支援型デイサービス

■要介護1～5の方

(1) 参考例：1か月あたりのご利用料金 (月8回〈週2回〉ご利用された場合)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
13,938 円	14,907 円	15,912 円	16,934 円	17,938 円

※ご利用回数は、ケアプランによって増やすことができます。

※下記の1回あたりの目安をご参考にしてください。

(2) 1回あたりのご利用料金の目安

介護区分	介護保険負担額	食事代	1回あたりのご利用料金
要介護1	802 円	940 円	1,742 円
要介護2	923 円	940 円	1,863 円
要介護3	1,049 円	940 円	1,989 円
要介護4	1,176 円	940 円	2,116 円
要介護5	1,302 円	940 円	2,242 円

※介護保険負担金は、下記の①～⑩の合計金額です。⑪～⑬は希望された場合に算定されます。

(3) 介護負担金の内訳

項目	単位/日単位	内容
① 基本単価	介護度に応じて	ご利用した場合の基本報酬単価
② 個別機能訓練加算Ⅰロ	85 単位/回	個別機能訓練計画を作成し機能訓練を適切に行っていること。
③ 個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	L I F E(※ライブ) への情報提供を行っている場合
④ ADL維持等加算Ⅱ	60 単位/月	日常生活動作維持または改善の度合いが一定水準を超えた場合。
⑤ 栄養アセスメント加算	50 単位/月	管理栄養士が栄養状態を評価した場合
⑥ サービス提供体制加算Ⅱ	18 単位/回	介護福祉士の割合が40%以上の割合で勤務している場合。
⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算	5 単位/半年	口腔状態に問題がないか定期的な確認と記録を行った場合。
⑧ 介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,000 分の 59	1月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑨ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1,000 分の 12	1月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑩ 介護職員等ベースアップ等支援加算	1,000 分の 11	1月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑪ 入浴介助加算	40 単位/回	入浴された場合。
⑫ 栄養改善加算	150 単位/月 2 回	栄養状態の改善を図る取り組みを行った場合。
⑬ 口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月 2 回	口腔機能の向上に取り組んだ場合。

※1回あたりの料金には、「介護保険負担額」と「食事代(昼食・おやつ・ドリンク)」の合計金額になります。

※国が定める一定以上所得がある方は、介護保険負担額が2割または3割になります。

※上記金額はあくまで目安となります。詳細はご見学及びご契約時にご説明致します。

■問合せ先 社会福祉法人 **梅の樹会**

(TEL) 042-556-5755 (FAX) 042-568-1577

ご不明な点があれば、お気軽にお問合せください。

フラワープラム

[ご利用料金表]

自立支援型デイサービス

■要支援1・要支援2・事業対象者

(1) 参考例：1か月あたりのご利用料金

要支援1・事業対象者 (月4回〈週1回〉ご利用)	要支援2・事業対象者 (月8回〈週2回〉ご利用)
6,981 円	11,966 円

※要支援1・要支援2・事業対象者の方は、月定額制で利用回数もそれぞれ週1回・週2回と定められております。

※上記金額には、食事代(昼食・おやつ・ドリンク)として、1回あたり940円が含まれております。

食事代のみ利用回数に応じて料金変動致します。

※瑞穂町にお住いの方で計算しております。お住まいの市町村によって、地域区分単価が異なります。

(2) 介護負担金の内訳

項目	単位/月単位	内容
① 基本単価	介護度に応じて	ご利用した場合の基本報酬単価
② 運動器機能向上加算	225 単位	運動器に係る個別計画を作成し定期的な評価と見直しを実施。
③ サービス提供体制加算Ⅱ	72 又は 144 単位	介護福祉士の割合が 40%以上の割合で勤務している場合。
④ 事業所評価加算	120 単位	利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上の場合。
⑤ 介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,000 分の 59	1 月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑥ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1,000 分の 12	1 月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑦ 介護職員等ベースアップ等支援加算	1,000 分の 11	1 月あたりにご利用頂いた合計単位数に左記割合を乗じた額。
⑧ 選択的サービス実施加算Ⅰ 1	480 単位	(運動器) + (栄養改善) を実施した場合
⑨ 選択的サービス実施加算Ⅰ 2	480 単位	(運動器) + (口腔機能向上) を実施した場合
⑩ 選択的サービス実施加算Ⅱ	700 単位	(運動器) + (栄養改善) + (口腔機能向上) を実施した場合

※参考例の中の介護保健負担額は、上記の①～⑧の合計金額です。⑧～⑩は希望された場合に算定されます。

※1回あたりの料金には、「介護保険負担額」と「食事代(昼食・おやつ・ドリンク)」の合計金額になります。

※国が定める一定以上所得がある方は、介護保険負担額が2割または3割になります。

※上記金額はあくまで目安となります。詳細はご見学及びご契約時にご説明致します。

■問合せ先 社会福祉法人 **梅の樹会**

(TEL) 042-556-5755 (FAX) 042-568-1577

ご不明な点があれば、お気軽にお問合せください。

フラワープラム