

[ご利用料金表]

認知症対応型デイサービス

令和6年6月版

■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
16,922 円	17,850 円	18,796 円	19,743 円	20,670 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。

■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	1,175 円	940 円	2,115 円
要介護2	1,291 円	940 円	2,231 円
要介護3	1,409 円	940 円	2,349 円
要介護4	1,527 円	940 円	2,467 円
要介護5	1,643 円	940 円	2,583 円

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

■介護負担金の内訳

項目	単位/日単位	内容
① 基本単価	介護費に応じて	ご利用した場合の基本報酬単価
② 個別機能訓練加算	27 単位	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(※ライフ) への情報提供を行っている場合
④ 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
⑤ サービス提供体制加算Ⅰ	22 単位	介護福祉士の割合が70%以上で勤務している場合。
⑥ 栄養・口腔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。
⑦ 介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,000 分の 181	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 入浴介助加算	40 単位/回	週2回入浴をされた場合で計上。 ※入浴されない場合減算
⑨ 若年性認知症受入加算	27 単位/日	対象者(40歳以上65歳未満の方) ※選択された場合、加算
⑩ 口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月	看護師が計画書を立案・実施する場合 ※選択された場合、加算

※1回あたりの料金には、「介護保険負担額」と「食事代(食事・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