

デイサービスセンターあゆみの里 料金表



令和 3年 4月 1日より

事業所番号:0272501396

◆デイサービスセンターあゆみの里 (地域密着型通所介護)

基本部分 (6~7時間)		サービス提供体制強化加算 (I)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	676 単位	22単位	40単位	44 単位	9 単位	791 単位	500 円	1,291 円
要介護2	798 単位			51 単位	10 単位	921 単位		1,421 円
要介護3	922 単位			58 単位	12 単位	1,054 単位		1,554 円
要介護4	1,045 単位			65 単位	13 単位	1,185 単位		1,685 円
要介護5	1,168 単位			73 単位	15 単位	1,318 単位		1,818 円

基本部分 (7~8時間)		サービス提供体制強化加算 (II)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	750 単位	22単位	40単位	48 単位	10 単位	870 単位	500 円	1,370 円
要介護2	887 単位			56 単位	11 単位	1,016 単位		1,516 円
要介護3	1,028 単位			64 単位	13 単位	1,167 単位		1,667 円
要介護4	1,168 単位			73 単位	15 単位	1,318 単位		1,818 円
要介護5	1,308 単位			81 単位	16 単位	1,467 単位		1,967 円

※8~9時間御利用料金は、人員基準を満たしている場合のみ算定となります

基本部分 (8~9時間)		サービス提供体制強化加算 (II)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	780 単位	22単位	40単位	50 単位	10 単位	902 単位	500 円	1,402 円
要介護2	922 単位			58 単位	12 単位	1,054 単位		1,554 円
要介護3	1,068 単位			67 単位	14 単位	1,211 単位		1,711 円
要介護4	1,216 単位			75 単位	15 単位	1,368 単位		1,868 円
要介護5	1,360 単位			84 単位	17 単位	1,523 単位		2,023 円

- ※ 令和3年9月30日まで新型コロナウイルスの対策費として、1月当たりの基本単価に0.1%の金額が加算されます。
- ※ 利用者ごとの、心身の状況等の基本的な情報を厚労省に提出し、サービス提供に活用した場合、科学的介護推進体制加算 1月あたり40単位が加算されます。
- ※ 機能訓練指導員が計画に基づき、機能訓練を行った場合、個別機能訓練加算 (I) イ 56単位が加算されます。
- ※ 栄養・口腔状態に係る情報をケアマネジャーに文書で共有した場合、口腔・栄養スクリーニング加算 20単位 (6ヶ月に1回) が加算されます。
- ※ 介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

◆延長料金について

介護保険対象外

時間外延長サービス 1時間	1,000円
---------------	--------

介護保険対象 (時間延長加算)

9時間以上10時間未満	50単位
10時間以上11時間未満	100単位

デイサービスセンターあゆみの里 料金表

～ 介護予防・日常生活支援総合事業 ～

令和3年 4月 1日～

事業所番号:0272501396

◆現行相当サービス

基本部分(月額)		サービス提供体制強化加算(I)	運動器機能向上加算	科学的介護推進体制加算	介護職員処遇改善加算(5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算I(1.2%)	自己負担分
週1回利用	1,672 単位	88単位	225単位	40 単位	119 単位	24 単位	2,168 円
週2回利用	3,428 単位	176単位			228 単位	46 単位	4,143 円

※ 食費 500円/1食

※令和3年9月30日まで新型コロナウイルスの対策費として、1月当たりの基本単価に0.1%の金額が加算されます。

※栄養・口腔状態に係る情報をケアマネジャーに文書で共有した場合、口腔・栄養スクリーニング 加算 20単位(6ヶ月に1回)が加算されます。

※介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

介護保険対象外

時間外延長サービス 1時間	1,000円
---------------	--------

◆緩和型サービス

1回あたりの利用料金	305単位
------------	-------

※ 食費 500円/1食

※ 介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

※ サービス利用時間は、3時間程度。

※ サービス利用回数は原則として、週1回、月5回までとなっております。

