

## 深谷市デイサービスセンター清風苑利用料金表

令和元年 10 月 1 日料金改定について

(介護予防) 通所介護 (1 日あたり)

単位：円

【保険適用分】利用者負担 1 割の場合

(2 割または 3 割の場合もありますので、お手持ちの介護保険負担割合証をご確認ください)

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本額	1,655	3,393	648	765	887	1,008	1,130
	1 月あたり		7 時間以上 8 時間未満を算定				
入浴介助加算	—	—	50				
中重度ケア体制加算	—	—	45				
生活機能向上連携加算	—	—	200				
ADL維持等加算	—	—	3/月 (Ⅰ)・6/月 (Ⅱ)				
認知症加算	—	—	60 (日常生活自立度Ⅲa 以上対象)				
若年性認知症受入加算	240 (月あたり)		60 (若年性認知症利用者が対象)				
生活機能向上グループ活動加算	100 (月あたり)		—				
栄養改善加算	—	—	150 (対象者につき月 2 回まで)				
栄養スクリーニング加算	—	—	5				
サービス提供体制強化加算	48	96	12 (体制Ⅰロ)				
	1 月あたり (体制Ⅰロ)						
介護職員処遇改善加算	上記対象の合計の 59/1000 (体制Ⅰ)						
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅱ) 上記対象の合計 (介護職員処遇改善加算を除く) の 10/1000						

※介護保険適用分合計金額は、上記該当する項目の合計に、地域区分 (7 級地) として 1014/1000 を加算した額となります。2 割 (3 割) 負担の方は上記該当する項目の介護職員処遇改善加算を除く合計を 2 倍 (3 倍) にした後、介護職員処遇改善加算率をかけて地域区分 (7 級地) として 1014/1000 をかけた額が目安 (正しくは端数処理があるため) となります。

【保険適用外】

食費	560 (昼食・おやつ)
個別ケア活動費	実費
行事参加費	210～510
おむつ代	尿パッド 80、紙おむつ 150、リハビリパンツ 150
その他費用	提供食以外の希望食等については実費負担となります。