

深谷市デイサービスセンター清風苑利用料金表

令和4年10月1日料金改定

(介護予防) 通所介護

【保険適用分】：単位数

①基本料金（要支援：1月あたり、要介護：1日あたり）

区 分	単 位
要支援1	1,672
要支援2	3,428

区 分	通常規模型（単位）					
	8～9	7～8	6～7	5～6	4～5	3～4
要介護1	666	655	581	567	386	368
要介護2	787	773	686	670	442	421
要介護3	911	896	792	773	500	477
要介護4	1,036	1,018	897	876	557	530
要介護5	1,162	1,142	1,003	979	614	585

・提供時間は7時間以上8時間未満を算定しています。

②加算料金（該当する項目について加算されます）

加 算 区 分	加算割合または単位数		該 当 項 目	
	要支援	要介護		
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	—	3/100	○	
指定通所介護時間が通算して9時間以上～10時間未満の場合	—	50		
指定通所介護時間が通算して10時間以上～11時間未満の場合	—	100		
指定通所介護時間が通算して11時間以上～12時間未満の場合	—	150		
指定通所介護時間が通算して12時間以上～13時間未満の場合	—	200		
指定通所介護時間が通算して13時間以上～14時間未満の場合	—	250		
生活相談員配置等加算	—	13		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100			
入浴介助加算	(I)	—	40	○
	(II)	—	55	○
中重度者ケア体制加算	—	45	○	
生活機能向上グループ活動加算	月100	—	○	
生活機能向上連携加算	(I)	3ヶ月毎に回100		

	(Ⅱ)	月 200・月 100	
運動器機能向上加算		月 225	—
個別機能訓練加算	(Ⅰ) イ	—	56
	(Ⅰ) ロ	—	85
	(Ⅱ)	—	月 20
ADL維持等加算	(Ⅰ)	—	月 30
	(Ⅱ)	—	月 60
	(Ⅲ)	—	月 3
認知症加算		—	60
若年性認知症利用者受入加算		月 240	60
栄養アセスメント加算		月 50	
栄養改善加算		月 200	月 2回 200
選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善	月 480	—
	運動器機能向上及び口腔機能向上	月 480	—
	栄養改善及び口腔機能向上	月 480	—
選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ) 運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上		月 700	—
事業所評価加算		月 120	—
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)	6 か月毎に回 20	
	(Ⅱ)	6 か月毎に回 5	
口腔機能向上加算	(Ⅰ)	月 150	月 2回 150
	(Ⅱ)	月 160	月 2回 160
科学的介護推進体制加算		月 40	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	支援 1	月 88
		支援 2	月 176
	(Ⅱ)	支援 1	月 72
		支援 2	月 144
	(Ⅲ)	支援 1	月 24
		支援 2	月 48
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	月所定単位数×59/1000	
	(Ⅱ)	月所定単位数×43/1000	
	(Ⅲ)	月所定単位数×23/1000	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	月所定単位数×12/1000	
	(Ⅱ)	月所定単位数×10/1000	
介護職員等ベースアップ等支援加算		月所定単位数×11/1000	

- ・「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合」「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」「サービス提供体制強化加算」「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」は支給限度額管理の対象外項目です。
- ・ADL維持等加算 (Ⅲ) については、令和 5 年 3 月 31 日までの算定となります。

③減算事項

減算事項		減算割合または単位	
		要支援	要介護
利用者の数が利用定員を超える又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合		70 100	
2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合		—	70 100
共生型通所介護を行う場合 (指定生活介護事業所が行う場合)		—	93 100
共生型通所介護を行う場合 (指定自立訓練事業所が行う場合)		—	95 100
共生型通所介護を行う場合 (指定児童発達支援事業所が行う場合)		—	90 100
共生型通所介護を行う場合 (指定放課後等デイサービス事業所が行う場合)		—	90 100
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合	要支援1	376	94
	要支援2	752	
事業所が送迎を行わない場合(片道)		47	

※介護保険適用分合計金額は、上記該当する項目の単位数合計に、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、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を除く合計を2倍(3倍)にした数に、介護職員処遇改善加算率、介護職員等特定処遇改善率、介護職員等ベースアップ等支援加算率を個別にかけて地域区分(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。

※自己負担割合は各利用者の負担割合証(1~3割)にてご確認ください。

【保険適用外】:円

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。