

深谷市デイサービスセンター清風苑利用料金表

令和6年6月1日料金改定

(介護予防) 通所介護

【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	1週当たりの標準的な回数を定める場合 (1月につき)：単位	1月当たりの回数を定める場合 (1回につき)：単位
要支援1	1,798	436 (1ヶ月4回まで)
要支援2	3,621	447 (1ヶ月8回まで)

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	669	658	584	570	388	370
要介護2	791	777	689	673	444	423
要介護3	915	900	796	777	502	479
要介護4	1,041	1,023	901	880	560	533
要介護5	1,168	1,148	1,008	984	617	588

・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			
個別機能訓練加算	(I) イ	—	56		
	(I) ロ	—	76		
	(II)	—	月 20		
ADL維持等加算	(I)	—	月 30	○	
	(II)	—	月 60	○	
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	○	
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		
一体的サービス提供加算		月 480	—		
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	22	
		支援 2	月 176		
	(II)	支援 1	月 72	18	
		支援 2	月 144		
	(III)	支援 1	月 24	6	○
		支援 2	月 48		○
介護職員等処遇改善加算	(I)	月所定単位数×92/1000			
	(II)	月所定単位数×90/1000		○	
	(III)	月所定単位数×80/1000			
	(IV)	月所定単位数×64/1000			

- ・「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い場合」、
「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」及び
「介護職員処遇等改善加算」は支給限度額管理の対象外項目です。

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	$\frac{70}{100}$	
高齢者虐待防止措置未実施減算	$\frac{-1}{100}$	
業務継続計画未策定減算	$\frac{-1}{100}$	
2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	—	$\frac{70}{100}$
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)	—	$\frac{93}{100}$

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)		—	<u>95</u> 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)		—	<u>90</u> 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)		—	<u>90</u> 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	月 -376 回 -94	-94
	要支援 2	月 -752 回 -94	
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等処遇改善加算を除く合計を2倍（3倍）にした数に、介護職員等処遇改善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	690（昼食・おやつ）
個別ケア活動費	実費
行事参加費	行事ごとにご案内いたします
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。