

デイサービスセンタースブレス南花田
 ご利用料金

1.介護給付サービス
 地域密着型通所介護

介護保険事業所番号 2770101646

| 通所介護Ⅰ           | 要介護1/単位               | コード    | 要介護2/単位 | コード    | 要介護3/単位 | コード    | 要介護4/単位 | コード    | 要介護5/単位 | コード    |
|-----------------|-----------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| 地域通所介護3:5時間～6時間 | 657                   | 781341 | 776     | 781342 | 896     | 781343 | 1,013   | 781344 | 1,134   | 781345 |
| 地域通所介護4:6時間～7時間 | 678                   | 781346 | 801     | 781347 | 925     | 781348 | 1,049   | 781349 | 1,172   | 781350 |
| 地域通所介護5:7時間～8時間 | 753                   | 781441 | 890     | 781442 | 1,032   | 781443 | 1,172   | 781444 | 1,312   | 781445 |
| サービス提供体制強化加算なし  | 単位/日                  |        |         |        |         |        |         |        |         |        |
| 入浴介助加算(Ⅰ)       | 40 単位/日(コード:785301)   |        |         |        |         |        |         |        |         |        |
| 同一建物減算※1        | -94 単位/日(コード:785611)  |        |         |        |         |        |         |        |         |        |
| 通所介護送迎減算※2      | -47 単位/片道(コード:785612) |        |         |        |         |        |         |        |         |        |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ    | 56 単位/日(コード:785052)   |        |         |        |         |        |         |        |         |        |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)  | 1月につき 所定単位の90/1000    |        |         |        |         |        |         |        |         |        |

2.食材料費

600 円/1回

3.その他の費用

|      |       |                        |    |
|------|-------|------------------------|----|
| おむつ代 | 200 円 | 教養娯楽費(レクリエーションやクラブ参加費) | 実費 |
| パット代 | 50 円  |                        |    |

4.1日のご利用料金の目安
 単位:円

|                | 要介護1  |       | 要介護2  |       | 要介護3  |       | 要介護4  |       | 要介護5  |       |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 5時間～6時間(1割/2割) | 1,379 | 2,157 | 1,512 | 2,423 | 1,646 | 2,691 | 1,776 | 2,953 | 1,911 | 3,223 |
| 6時間～7時間(1割/2割) | 1,402 | 2,204 | 1,539 | 2,479 | 1,678 | 2,756 | 1,817 | 3,033 | 1,954 | 3,308 |
| 7時間～8時間(1割/2割) | 1,486 | 2,372 | 1,639 | 2,678 | 1,798 | 2,995 | 1,954 | 3,308 | 2,110 | 3,621 |
| 5時間～6時間(3割)    |       | 2,936 |       | 3,335 |       | 3,737 |       | 4,129 |       | 4,534 |
| 6時間～7時間(3割)    |       | 3,006 |       | 3,418 |       | 3,834 |       | 4,250 |       | 4,662 |
| 7時間～8時間(3割)    |       | 3,258 |       | 3,717 |       | 4,193 |       | 4,662 |       | 5,131 |

※上記費用につきましては、単価の改定並びに制度改正、サービス提供体制により増減する場合があります、予めご了承ください。

※1、同一建物減算につきましては、ケアハウスにご入居の方のみ対象となります。

※2、ご家族様で送迎を行って頂く際に片道1回につき所定単位を減算します、またケアハウスにご入居の方は対象外です。

※表記費用につきましては、すべて税込料金となります。

1.介護給付サービス
 予防通所介護

| 対象者            | 利用回数                     | サービスコード            | サービス内容        | 算定項目                 |              | 単位数    | 算定 |
|----------------|--------------------------|--------------------|---------------|----------------------|--------------|--------|----|
| 要支援1/事業対象者     | 週1回(月4回程度)               | A61111             | 通所型独自サービス11   | イ 1週あたりの標準的な回数を定める場合 | 事業対象・支1      | 1798   | 1月 |
| 要支援2           | 週1回(月4回程度)               | A61221             | 通所型独自サービス/212 |                      | 要支援2         | 1798   |    |
| 要支援2/事業対象者     | 週2回(月8回程度)               | A61121             | 通所型独自サービス12   |                      | 事業対象・支2      | 3621   |    |
| 要支援1/事業対象者     | 週1回(月3回まで)               | A61113             | 通所型独自サービス21   | ロ 1月あたりの回数を定める場合     | 事業対象・支1      | 436    | 1回 |
| 要支援2<br>事業対象者  | 週1回(月3回まで)<br>週2回(月7回まで) | A61123             | 通所型独自サービス22   |                      | 事業対象<br>要支援2 | 447    |    |
| 同一建物減算※1       |                          | -376               | A66105        | -752                 |              | A66106 |    |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) |                          | 1月につき 所定単位の90/1000 |               |                      |              |        |    |

2.食材料費

600 円/1回

3.その他の費用

|      |       |                        |    |
|------|-------|------------------------|----|
| おむつ代 | 200 円 | 教養娯楽費(レクリエーションやクラブ参加費) | 実費 |
| パット代 | 50 円  |                        |    |

4.1月のご利用料金の目安
 単位:円

|                | 要支援1(週1回のご利用) |       | 要支援2(週2回のご利用) |        |
|----------------|---------------|-------|---------------|--------|
| 6時間～7時間(1割/2割) | 4,390         | 6,380 | 8,807         | 12,814 |
| 6時間～7時間(3割)    |               | 8,369 |               | 16,822 |

※表記費用につきましては、税込です、単価の改定並びに制度改正、サービス提供体制により増減する場合があります、予めご了承ください。

※1、同一建物減算につきましては、ケアハウスにご入居の方のみ対象となります。