

多摩済生ケアセンターデイサービスひまわり利用料表

介護費	規模	①通常規模型通所介護費						①大規模型通所介護費(Ⅰ)					
	介護度	サービス提供時間						サービス提供時間					
		3時間以上～ 4時間未満	4時間以上～ 5時間未満	5時間以上～ 6時間未満	6時間以上～ 7時間未満	7時間以上～ 8時間未満	8時間以上～ 9時間未満	3時間以上～ 4時間未満	4時間以上～ 5時間未満	5時間以上～ 6時間未満	6時間以上～ 7時間未満	7時間以上～ 8時間未満	8時間以上～ 9時間未満
1		368	386	567	581	655	666	356	374	541	561	626	644
2		421	442	670	686	773	787	407	428	640	664	740	761
3		477	500	773	792	896	911	460	484	739	766	857	881
4		530	557	876	897	1018	1036	511	538	836	867	975	1002
5		585	614	979	1003	1142	1162	565	594	935	969	1092	1122
②各種加算	個別	項目		算定	単位数	保険外費用 ■昼食費 763円(おやつ代含む) ■その他の実費 150円 陶芸、手芸、用紙などの材料代、紙おむつ等 ■キャンセル代 前日17時を過ぎてのキャンセルは、食費(おやつ含む)763円をお支払いいただきます。							
		入浴加算(Ⅰ)		日	40								
		個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		日	56								
	個別機能訓練加算(Ⅱ)		月	20									
	口腔・栄養スクリーニング [®] 加算(Ⅰ)		6ヵ月に 1回	20									
	体制	サービス提供体制強化加算Ⅰ		回	22								
科学的介護推進体制加算		月	40										
計算方法	■1ヵ月当たりの通所介護サービス費は下記の1～3の①～③の合計に地域加算10.68円を乗じた額(切り捨て)に対し、介護保険負担割合証の負担割合に応じた額と回数に応じた昼食費、使用した分のその他実費を加えた額になります。												
	1. (単位数+個別加算) + 体制加算 × 利用日数 = ①総単位数 (四捨五入) 2. ① × 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)0.059 = ② (四捨五入) 3. ① × 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)0.012 = ③ (四捨五入)												
■介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。													
※新型コロナウイルスの特例により、利用者数の増減が一定以上になった時に、規模に合わせた介護費を算定させていただきます。													