

デイサービスセンターひなた

別紙1

○介護保険利用負担額

R6.4.1～

【地域密着型通所介護：7時間以上8時間未満】

要介護度	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
要介護1	753円 / 日	1,506円 / 日	2,259円 / 日
要介護2	890円 / 日	1,780円 / 日	2,670円 / 日
要介護3	1,032円 / 日	2,064円 / 日	3,096円 / 日
要介護4	1,172円 / 日	2,344円 / 日	3,516円 / 日
要介護5	1,312円 / 日	2,624円 / 日	3,936円 / 日
その他加算	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
入浴介助加算	40円 / 回	80円 / 回	120円 / 回
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56円 / 日	112円 / 日	168円 / 日
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円 / 6月毎1回	40円 / 6月毎1回	60円 / 6月毎1回
若年性認知症受入加算（該当者のみ）	60円 / 日	120円 / 日	180円 / 日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円 / 回	36円 / 回	54円 / 回
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数×5.9%（円）	利用単位数×5.9%×2（円）	利用単位数×5.9%×3（円）
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数×1.2%（円）	利用単位数×1.2%×2（円）	利用単位数×1.2%×3（円）
介護職員等ベースアップ等支援加算	利用単位数×1.1%（円）	利用単位数×1.1%×2（円）	利用単位数×1.1%×3（円）

【第1号通所事業】

要介護度	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
要支援1	1,798円 / 月	3,596円 / 月	5,394円 / 月
要支援2	3,621円 / 月	7,242円 / 月	10,863円 / 月
回数 払い	事業対象者・要支援1(週1回程度)	月3回まで（5週4回まで） 436円×回数×負担割合	
	要支援2（週2回程度）	月8回まで 447円×回数×負担割合	
その他加算	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
要支援1サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72円 / 月	144円 / 月	216円 / 月
要支援2サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	144円 / 月	288円 / 月	432円 / 月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円 / 6月毎1回	40円 / 6月毎1回	60円 / 6月毎1回
若年性認知症受入加算（該当者のみ）	240円 / 月	480円 / 月	720円 / 月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数×5.9%（円）	利用単位数×5.9%×2（円）	利用単位数×5.9%×3（円）
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数×1.2%（円）	利用単位数×1.2%×2（円）	利用単位数×1.2%×3（円）
介護職員等ベースアップ等支援加算	利用単位数×1.1%（円）	利用単位数×1.1%×2（円）	利用単位数×1.1%×3（円）

○日常生活費

各費用	負担額
昼食代	650円 / 回
おやつ代	100円 / 回

※オムツ、紙パンツ：1枚100円、尿取りパット：1枚50円

※使用された紙パンツや紙パットはご自宅で使用されているものの同枚数返却でも構いません。

※上記以外での日常生活上必要な費用は実費を頂いております。（具体例：レクリエーション材料費）

デイサービスセンターひなた

別紙2

地域密着型 通所介護	第1号 通所事業	加算名	加算要件
※		入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助を適切に行うことができる人員および設備を有して、入浴介助を行います。
※		個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	機能訓練指導員等が居宅訪問で生活状況を確認し、身体や生活機能の向上を目的とする個別機能訓練計画を作成し、個別に機能訓練を行います。
※	※	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時および利用中6月ごとに口腔の健康状態と栄養状態の確認を行い、介護支援専門員へ情報提供いたします。
※ 対象者 のみ	※ 対象者 のみ	若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、利用者に応じた適切なサービスを提供いたします。
※	※	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員のうち介護福祉士の割合を50%以上で配置します。
※	※	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員処遇改善計画に基づき、介護職員の処遇改善を行います。
※	※	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等特定処遇改善計画に基づき、介護職員等の処遇改善を行います。
※	※	介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等ベースアップ計画に基づき、介護職員等の処遇改善を行います。

R6.4.1～