

デイサービスセンターあゆみの里 料金表



令和 6年 4月 1日より

事業所番号:0272501396

◆デイサービスセンターあゆみの里 (地域密着型通所介護)

基本部分 (6~7時間)		サービス提供体制強化加算 (I)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	介護職員等「ベースアップ」等支援加算 (1.1%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	678 単位	22 単位	40 単位	44 単位	9 単位	8 単位	801 単位	500 円	1,301 円
要介護2	801 単位			51 単位	10 単位	9 単位	933 単位		1,433 円
要介護3	925 単位			58 単位	12 単位	11 単位	1,068 単位		1,568 円
要介護4	1,049 単位			66 単位	13 単位	12 単位	1,202 単位		1,702 円
要介護5	1,172 単位			73 単位	15 単位	14 単位	1,336 単位		1,836 円

基本部分 (7~8時間)		サービス提供体制強化加算 (I)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	介護職員等「ベースアップ」等支援加算 (1.1%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	753 単位	22 単位	40 単位	48 単位	10 単位	9 単位	882 単位	500 円	1,382 円
要介護2	890 単位			56 単位	11 単位	10 単位	1,029 単位		1,529 円
要介護3	1,032 単位			65 単位	13 単位	12 単位	1,184 単位		1,684 円
要介護4	1,172 単位			73 単位	15 単位	14 単位	1,336 単位		1,836 円
要介護5	1,312 単位			81 単位	16 単位	15 単位	1,486 単位		1,986 円

※8~9時間御利用料金は、人員基準を満たしている場合のみ算定となります

基本部分 (8~9時間)		サービス提供体制強化加算 (I)	入浴加算	介護職員処遇改善加算 I (5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)	介護職員等「ベースアップ」等支援加算 (1.1%)	合計	食費	自己負担分
要介護1	783 単位	22 単位	40 単位	50 単位	10 単位	9 単位	914 単位	500 円	1,414 円
要介護2	925 単位			58 単位	12 単位	11 単位	1,068 単位		1,568 円
要介護3	1,072 単位			67 単位	14 単位	12 単位	1,227 単位		1,727 円
要介護4	1,220 単位			76 単位	15 単位	14 単位	1,387 単位		1,887 円
要介護5	1,365 単位			84 単位	17 単位	16 単位	1,544 単位		2,044 円

- ※ 利用者ごとの、心身の状況等の基本的な情報を厚労省に提出し、サービス提供に活用した場合、科学的介護推進体制加算 1月あたり40単位が加算されます。
- ※ 機能訓練指導員が計画に基づき、機能訓練を行った場合、個別機能訓練加算 (I) イ 56単位が加算されます。
- ※ 栄養・口腔状態に係る情報をケアマネジャーに文書で共有した場合、口腔・栄養スクリーニング 加算 20 単位 (6ヶ月に1回) が加算されます。
- ※ 介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

◆延長料金について

介護保険対象外

時間外延長サービス 1時間	1,000円
---------------	--------

介護保険対象 (時間延長加算)

9時間以上10時間未満	50単位
10時間以上11時間未満	100単位

デイサービスセンターあゆみの里 料金表

～ 介護予防・日常生活支援総合事業 ～

令和6年4月1日～

事業所番号:0272501394

◆現行相当サービス

基本部分(月額)		サービス提供体制強化加算(I)	科学的介護推進体制加算	介護職員処遇改善加算(5.9%)	介護職員等特定処遇改善加算I(1.2%)	介護職員等ヘルプアップ等支援加算(1.1%)	自己負担分
・要支援1 ・事業対象者(週1回利用)	1,798 単位	88単位	40 単位	114 単位	23 単位	21 単位	2,084 円
・要支援2 ・事業対象者(週2回利用)	3,621 単位	176単位		226 単位	46 単位	42 単位	4,151 円

※ 食費 500円/1食

※栄養・口腔状態に係る情報をケアマネジャーに文書で共有した場合、口腔・栄養スクリーニング加算 20単位(6ヶ月に1回)が加算されます。

※介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

介護保険対象外

時間外延長サービス 1時間	1,000円
---------------	--------

◆緩和型サービス

1回あたりの利用料金	328単位
------------	-------

※ 食費 500円/1食



※介護負担割合が2割負担となっている方は、介護費用の単位数に2を掛けた金額。3割負担となっている方は、介護費用の単位数に3を掛けた金額となります。

※サービス利用時間は、3時間程度。

※サービス利用回数は原則として、週1回、月5回までとなっております。