

(別紙)

# 仁井田福祉センター デイサービス料金表

令和6年7月改定

## 【地域密着型通所介護】

| 1日につき（負担割合 一割の場合）  |                | ※ 7 時間以上 8 時間未満の場合。  |       |       |       |       | 単位：円 |
|--------------------|----------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| サービス費              | 基本利用料金①        | 要介護1                 | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |      |
|                    | サービス提供体制強化加算Ⅰ② | 22                   | 22    | 22    | 22    | 22    |      |
|                    | 選択 個別機能訓練加算Ⅰ□  | 76                   | 76    | 76    | 76    | 76    |      |
|                    | 選択 入浴介助加算Ⅰ④    | 40                   | 40    | 40    | 40    | 40    |      |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（注1） |                | ①～④の1ヵ月のご利用総単位数の9.2% |       |       |       |       |      |
| 自己負担               | 昼食費            | 730                  | 730   | 730   | 730   | 730   |      |
| 個別訓練【無】・入浴介助【無】    |                | 1,576                | 1,726 | 1,881 | 2,034 | 2,187 |      |
| 個別訓練【有】・入浴介助【無】    |                | 1,659                | 1,809 | 1,964 | 2,117 | 2,270 |      |
| 個別訓練【無】・入浴介助【有】    |                | 1,620                | 1,770 | 1,925 | 2,078 | 2,230 |      |
| 個別訓練【有】・入浴介助【有】    |                | 1,703                | 1,853 | 2,008 | 2,161 | 2,313 |      |

（注1）介護職員処遇改善加算Ⅰと特定処遇改善加算Ⅰについて

介護処遇改善加算対象サービス単位①～④の合計×0.092金額を求めますが、上記金額×日数で計算を行った場合、端数処理計算により誤差が生じる場合があります。

※ 上記内容は介護保険負担割合が1割の場合の記入です。介護保険負担割合が2割・3割の方は、負担割合に応じた費用負担となります。

## 【第1号通所事業（総合事業）】

| 一律月額報酬（負担割合 一割の場合） |                     | 単位：円                     |       | 例えば                                            |        | 単位：円 |
|--------------------|---------------------|--------------------------|-------|------------------------------------------------|--------|------|
| サービス費              | 一律月額報酬の場合           | 要支援                      | 要支援   | 毎週利用した場合                                       |        |      |
|                    | サービス提供体制強化加算Ⅰ       | 88                       | 176   | 提供表とおりご利用された場合<br>要支援1・・・週1回程度<br>要支援2・・・週2回程度 |        |      |
|                    | 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（注1）  | 111                      | 224   | ご利用しない日があった場合                                  |        |      |
| 合 計                |                     | 2,041                    | 3,933 | 下記の回数払いとなります。<br>月額報酬の金額を超えることはありません。          |        |      |
| 自己負担               | 昼食費<br>（1食あたり 730円） | ご利用回数×730円が<br>計に加算されます。 |       | 要支援1<br>（週1回程度）                                | 436×回数 |      |
|                    |                     |                          |       | 要支援2<br>（週2回程度 月8回以下）                          | 447×回数 |      |

介護職員処遇改善加算対象サービス単位①～④の合計×0.059と特定処遇改善加算対象サービス単位①～④の合計×0.012

介護職員ベースアップ加算対象サービス単位①～④の合計×0.011金額を求めますが、上記金額×日数で計算を行った場合、

端数処理計算により誤差が生じる場合があります。

## 【その他の料金】

| ご利用サービス | ご利用料金  | 営業日  |                 | 月～金曜日（祝祭日も含みます。） |
|---------|--------|------|-----------------|------------------|
| おやつ代    | 昼食費に含む | 提供時間 | 8：15            | ～ 16：15          |
|         |        | 営業時間 | 8：30            | ～ 17：30          |
|         |        | 休業日  | 土・日曜日、12月30日～1月 |                  |

