

利用料金一覧表

令和4年9月30日

\*費用明細表

予防給付型通所サービス費(事業対象者・要支援1※一月の中で全部で4回まで)(事業対象者・要支援2※一月の中で全部で8回まで)

種別	通所介護費	運動器機能向上加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	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	食費
要支援1	384×利用回数	225	5	160	40	88	※1	※2	※3	400×利用回数
要支援2	395×利用回数	225	5	160	40	176	※1	※2	※3	400×利用回数

予防給付型通所サービス費(事業対象者・要支援1※一月の中で全部で5回以上)(事業対象者・要支援2※一月の中で全部で9回以上)

種別	通所介護費	運動器機能向上加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	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	食費
要支援1	1672	225	5	160	40	88	※1	※2	※3	400×利用回数
要支援2	3428	225	5	160	40	176	※1	※2	※3	400×利用回数

\*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)5単位は、6月に1回を限度に算定

\*口腔機能向上加算(Ⅱ)160単位は、3月以内の期間に限り1月に1回算定(但し、口腔機能が向上しない場合は、引き続き算定)

\*科学的介護推進体制加算40単位は、1月に1回算定

\* (※1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に5.9%を乗じて算定(端数処理四捨五入)

\* (※2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に1.2%を乗じて算定(端数処理四捨五入)

\* (※3)介護職員等ベースアップ等支援加算は、1ヵ月の利用単位数に1.1%を乗じて算定(端数処理四捨五入)

\*同一建物減算はケアハウス王喜の郷からのご利用者が対象となります。(要支援1→376単位 要支援2→752単位)

\*社会福祉法人等利用者負担減額措置の要件を満たされている方は、適用を受けることができます

\*一定以上の所得のある方は、介護保険の給付率90%が80%もしくは70%になり、利用した時の負担割合が、2割もしくは3割になります

社会福祉法人 緑樹会  
王喜の郷デイサービスセンター

利用料金一覧表

令和4年9月30日

\*費用明細表  
通所介護(1回の利用料)

種別	時間	通所介護費	入浴介助加算(Ⅰ)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	個別機能訓練(Ⅰ)イ	個別機能訓練(Ⅱ)/月	ADL維持等加算(Ⅱ)/月	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)/月	口腔機能向上加算(Ⅱ)/月	科学的介護推進体制加算/月	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	食費
要介護1	3時間以上4時間未満	368	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	4時間以上5時間未満	386	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	5時間以上6時間未満	567	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	6時間以上7時間未満	581	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	7時間以上8時間未満	655	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
要介護2	3時間以上4時間未満	421	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	4時間以上5時間未満	442	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	5時間以上6時間未満	670	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	6時間以上7時間未満	686	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	7時間以上8時間未満	773	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
要介護3	3時間以上4時間未満	477	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	4時間以上5時間未満	500	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	5時間以上6時間未満	773	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	6時間以上7時間未満	792	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	7時間以上8時間未満	896	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
要介護4	3時間以上4時間未満	530	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	4時間以上5時間未満	557	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	5時間以上6時間未満	876	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	6時間以上7時間未満	897	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	7時間以上8時間未満	1018	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
要介護5	3時間以上4時間未満	585	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	4時間以上5時間未満	614	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	5時間以上6時間未満	979	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	6時間以上7時間未満	1003	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数
	7時間以上8時間未満	1142	40	22	56	20	60	5	160	40	※1	※2	※3	400×利用回数

- \* 個別機能訓練(Ⅱ)20単位は、1月に1回算定
- \* ADL維持等加算(Ⅱ)60単位は、1月に1回算定
- \* 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)5単位は、6月に1回を限度に算定
- \* 口腔機能向上加算(Ⅱ)160単位は3月以内の期間に限り1月に2回を限度に算定(但し、口腔機能が向上しない場合は、引き続き算定)
- \* 科学的介護推進体制加算40単位は、1月に1回算定
- \* (※1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に5.9%を乗じて算定(端数処理四捨五入)
- \* (※2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に1.2%を乗じて算定(端数処理四捨五入)
- \* (※3)介護職員等ベースアップ等支援加算は、1ヵ月の利用単位数に1.1%を乗じて算定(端数処理四捨五入)
- \* 送迎減算は、①同一建物からのご利用者(94単位)、②同一建物からのご利用者以外の方で、事業所が送迎を行っていない方(片道47単位)が対象となります(やむを得ず、送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない場合があります)
- \* 社会福祉法人等利用者負担軽減措置の要件を満たされている方は、適用を受けられます
- \* 一定以上の所得のある方は、介護保険の給付率90%が80%もしくは70%になり、利用した時の負担割合が、2割もしくは3割になります