

〈2022.10.1改正〉利用料金表

事業所名称	ソラーナデイサービスセンター									
提供サービス	通所介護					介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス(従前相当 A型)				
事業所番号	0673000188									
定員	合算で35名									
事業開始年月日	平成12年2月27日					通所型サービス(従前相当)平成30年4月1日 通所型サービス(A型) 平成29年4月1日				
営業日	月・火・水・木・金・土 但し 日曜日と元旦は休日					月・火・水・木・金・土 但し 日曜日と元旦は休日				
単 価(単位) (注1)	区分	通常規模型通所介護費					従前相当 A型	事業対象者	原則 月4回まで	384
	サービス提供時間	3-4 時間	4-5 時間	5-6 時間	6-7 時間	7-8 時間		事業対象者	原則 月8回まで	395 (注3)
	要介護1	368	386	567	581	655		要支援1	原則 月4回まで	384
								要支援2	原則 月4回まで	395
									原則 月8回まで	395
	要介護2	421	442	670	686	773		事業対象者	原則 月4回まで	269
								要支援1	原則 月8回まで	277
	要介護3	477	500	773	792	896		要支援1	原則 月4回まで	269
要介護4	530	557	876	897	1018	要支援2	原則 月4回まで	277		
							原則 月8回まで	277		
要介護5	585	614	979	1003	1142	特別な理由により原則の回数を超えてサービスを利用する場合には、区内に「理由書」を提出して下さい。(注3)				
加算(単位) (注2)	◎ 入浴介助体制加算(Ⅰ)					40/日	生活機能向上グループ活動加算		100/月	
	入浴介助体制加算(Ⅱ)					55/日	運動器機能向上加算		225/月	
	中重度者ケア体制加算					45/日	栄養アセスメント加	50/月	栄養改善加算 200/月	
	生活機能向上連携加算					200/月	口腔機能向上加算		150/月	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ					56/日	事業所評価加算		120/月	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ					85/日	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)			
	個別機能訓練加算(Ⅱ)					20/日	運動機能向上及び栄養改善①		480/月	
	ADL維持等加算(Ⅰ)					30/月	運動機能向上及び口腔機能向上②		480/月	
	ADL維持等加算(Ⅱ)					60/月	栄養改善及び口腔機能向上③		480/月	
	認知症加算					60/日	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		700/月	
	若年性認知症利用者受入加算					60/日	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1		88/月	
	栄養アセスメント加算					50/月2回	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2		176/月	
	栄養改善加算					200/月	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1		72/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)					20/月6ヶ月1回	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2		144/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)					5/月6ヶ月1回	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1		24/月	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)					22/日	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2		48/月	
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)					18/日	通所型サービスの加算は従前相当のみとなります。A型については基本単価へ処遇改善加算が加算されます。			
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)					6/日					
○	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					(1月につき所定単位×59÷1000)	○	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		(1月につき所定単位×59÷1000)
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)					(1月につき所定単位×120÷1000)		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		(1月につき所定単位×120÷1000)
食費(円)	700円(全額自己負担)/日									

(注1) 利用料金は各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。

(注2) ◎ 選択サービスとして、加算を算定します。

○ 体制加算として、加算の算定を行いません。すべてのご利用者様が対象となります。