

真野の里利用料金表

<通所介護事業所「デイサービスセンター真野の里」の利用料金>

利用者の介護度に応じて下記の利用料金となります。

* 令和4年10月1日から

(1) 介護保険給付対象サービスの利用料金(1日あたり)

(ア) 基本料金

利用時間	料金内訳	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
3時間以上 4時間未満	基本料金	3,680	4,210	4,770	5,300	5,850
	サービス提供体制強化加算(I)	220	220	220	220	220
	中重度者ケア体制加算	450	450	450	450	450
	合計	4,350円	4,880円	5,440円	5,970円	6,520円
4時間以上 5時間未満	基本料金	3860	4420	5000	5570	6140
	サービス提供体制強化加算(I)	220	220	220	220	220
	中重度者ケア体制加算	450	450	450	450	450
	合計	4,530円	5,090円	5,670円	6,240円	6,810円
5時間以上 6時間未満	基本料金	5,670	6,700	7,730	8,760	9,790
	サービス提供体制強化加算(I)	220	220	220	220	220
	中重度者ケア体制加算	450	450	450	450	450
	合計	6,340円	7,370円	8,400円	9,430円	10,460円
6時間以上 7時間未満	基本料金	5,810	6,860	7,920	8,970	1,003
	サービス提供体制強化加算(I)	220	220	220	220	220
	中重度者ケア体制加算	450	450	450	450	450
	合計	6,480円	7,530	8,590	9,640	1,673
7時間以上 8時間未満	基本料金	6,550	7,730	8,960	10,180	11,420
	サービス提供体制強化加算(I)	220	220	220	220	220
	中重度者ケア体制加算	450	450	450	450	450
	合計	7,220円	8,400円	9,630円	10,850円	12,090円

- ・介護職員処遇改善加算(I)(ひと月の合計単位数×5.9%)が加算されます。
- ・介護職員等特別処遇改善加算(I)(ひと月の合計単位数×1.2%)が加算されます。
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算(ひと月の合計単位数×1.1%)が加算されます。

(イ) 各種加算料金

区 分	料 金	備 考
入浴介助加算 I	400円	1回あたり
中重度者ケア体制加算	450円	1回あたり
ADL維持加算 II	600円	1月あたり
科学的介護推進体制加算	400円	1月あたり
個別機能訓練加算 I イ	560円	1回あたり
個別機能訓練加算 II	200円	1月あたり
栄養改善加算	2,000円	1回につき、月2回まで
口腔機能向上加算 II	1,600円	1回につき、月2回まで
口腔・栄養スクリーニング I	200円	1回あたり
口腔・栄養スクリーニング II	50円	1回あたり

減算料金

区分	料金
送迎(片道)	47円

* これらにかかる料金の合計額の「介護保険負担割合書」の負担割合をご負担いただきます。

(2) 介護保険給付対象外サービスの利用料金

区 分	料 金	備 考
食 費	700円	1日あたり
複写代	10円	1枚あたり

* (1)と(2)の合計金額が1日あたりの利用料金となります。

真野の里利用料金表

＜日常生活支援総合事業利用者の利用料金＞

利用者の介護度に応じて下記の利用料金となります。

* 令和4年10月1日から

(1)介護保険給付対象サービスの料金表

(ア)基本料金

要介護度	基本利用料金	
事業対象者	3,840円 (1月の中で4回までの利用で1回当たり)	16,720円 (1月の中で5回以上の利用で1月当たり)
要支援 1	3,840円 (1月の中で4回までの利用で1回当たり)	16,720円 (1月の中で5回以上の利用で1月当たり)
要支援 2	3,950円 (1月の中で8回までの利用で1回当たり)	34,280円 (1月の中で9回以上の利用で1月当たり)

- ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(ひと月の合計単位数×5.9%)が加算されます。
- ・介護職員等特別処遇改善加算(Ⅰ)(ひと月の合計単位数×1.2%)が加算されます。
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算(ひと月の合計単位数×1.1%)が加算されます。
- ・総合事業者、要支援1～サービス提供体制強化加算(Ⅰ)880円、
要支援2～サービス提供体制強化加算(Ⅰ)1760円加算されます。

(イ)各種加算料金

- ・運動器機能向上加算2、250円(1月あたり)
 - ・栄養改善加算2、000円(1月あたり月2回まで)
 - ・口腔機能向上加算Ⅱ1、600円(1月あたり月2回まで)
 - ・口腔栄養スクリーニング(Ⅰ)200円(1回あたり)、口腔栄養スクリーニング(Ⅱ)50円(1回あたり)
 - ・科学的介護推進体制加算400円(1月あたり)
- *これらにかかる料金の合計額の「介護保険負担割合証」の負担割合をご負担いただきます。

(2)介護保険給付対象外サービスの利用料金

区分	料金	備考
食費	700円	1日あたり
複写代	10円	1枚あたり

* (1)と(2)の合計金額が1日あたりの利用料金となります。