

# デイサービスセンタースマイル 料金表

地域密着型通所介護

## 1. 基本サービス

### 【地域密着型通所介護費】

所要時間	要介護度	単位	介護報酬額	利用者負担額		
				1割	2割	3割
サービス提供時間 7～8時間の 場合	要介護1	753 単位	7,530 円	753 円	1,506 円	2,259 円
	要介護2	890 単位	8,900 円	890 円	1,780 円	2,670 円
	要介護3	1,032 単位	1,032 円	1,032 円	2,064 円	3,096 円
	要介護4	1,172 単位	11,720 円	1,172 円	2,344 円	3,516 円
	要介護5	1,312 単位	13,120 円	1,312 円	2,624 円	3,936 円

### 【加算】

加算の種類	介護報酬額	利用者負担額		
		1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	1回につき 400 円	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算Ⅱ	1回につき 550 円	55 円	110 円	165 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	1回につき 560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算Ⅱ	月1回 200 円	20 円	40 円	60 円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回につき(月に2回を限度) 1,600 円	160 円	320 円	480 円
ADL維持等加算Ⅰ	月1回 300 円	30 円	60 円	90 円
ADL維持等加算Ⅱ	月1回 600 円	60 円	120 円	180 円
科学的介護推進体制加算	月1回 400 円	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	1回につき 220 円	22 円	44 円	66 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位の9.2%		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	月1回	所定単位(1か月分の地域密着型通所介護費)の5.0%		

※所定単位とは、1か月間に利用した地域密着型通所介護費と加算の単位数の合計です。

### 【減算】

加算の種類	利用者負担額		
	1割	2割	3割
送迎減算	片道につき 47 円	94 円	141 円
利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	1回につき 基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%

## 2. その他の費用

食費	食事の提供をした場合、1回につき680円の食費(おやつ代を含む)をいただきます。
おむつ代	おむつ等の提供をした場合、1回につき尿取りパット35円、おむつ175円、リハビリパンツ210円の実費をいただきます。
口座振替手数料	利用料支払いを口座振替にされた場合、手数料132円をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

## 3. キャンセル料

サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日前日の午前10時までにご連絡をいただいた場合	無料
利用予定日前日の午前10時以降にご連絡をいただいた場合	680円