デイサービスセンターおうようかん
利用料金表

① 通所介護（要介護１～５）

利用料金の介護報酬の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、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とする。

通所介護（要介護１～５）　サービス提供時間　９：００～１６：００

（介護保険適用時の１日［時間帯７時間以上８時間未満］の利用の自己負担額（１割））

区分			要介護状態別による利用料（個人負担／１割）（円）				
			要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
介護報酬		基本利用料	658	777	900	1023	1148
	加算	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	６／回				
		個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	７６／日				
		入浴介助加算（Ⅰ）	４０／日				
		※口腔・栄養スクリーニング加算	※（加算Ⅰ…２０／６ヶ月　加算Ⅱ…５／６ヶ月）				
		※口腔機能向上加算（Ⅱ）	※（１６０／回（1ヶ月に2回まで））				
		個別機能訓練加算（Ⅱ）	２０／月				
		科学的介護推進体制加算	４０／月				
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ		（基本利用料＋加算）×10.9%				
実費	昼食材料費・おやつ代		720円／日　・　150円／回				

１日あたりの合計額（昼食材料費を含む）	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	1710	1829	1952	2075	2200

合計額は１ヶ月＝30日として、６か月に１回のみ算定の口腔・栄養スクリーニング加算、特に希望がある場合のみ算定の口腔機能向上加算を含めず、週２回・月９回利用で計算。

注）口腔・栄養スクリーニング加算は、口腔機能向上加算を算定していない場合は　加算Ⅰ…20　算定している場合は　加算Ⅱ…5　となります。

注）口腔機能向上加算（Ⅱ）は、口腔ケアが必要な場合のみ算定となります。

注）職員が送迎を行わない場合(ご家族様が送迎を行う場合等)、 送迎減算により片道につき（47／回）が上記料金表から差し引かれます。

注）おやつはご希望の方に提供いたします。なお、お召し上がらなかった場合、料金はいただきません。

デイサービスセンターおうようかん
利用料金表

② 指定相当通所型サービス（要支援１～２・事業対象者）

利用料金表介護報酬の額は大曲仙北広域市町村圏組合が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、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とする。

指定相当通所型サービス　料金表

提供時間帯　９：００～１６：００（うち、送迎を除く３時間以上の利用）

（介護保険適用時の　１か月利用の自己負担額（１割））

区　　分			要支援状態別による利用料（個人負担／１割）（円）	
			要 支 援 1 事業対象者（週1回）	要 支 援 2 事業対象者（週2回）
介護報酬	基本利用料		1,798	3，621
	加算	※口腔・栄養スクリーニング加算	（加算Ⅰ…２０／６ヶ月　加算Ⅱ…５／６ヶ月）	
		※口腔機能向上加算（Ⅱ）	（１６０）	（１６０）
		サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	２４	４８
		科学的介護推進体制加算	４０	４０
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ		（基本利用料＋各加算）×１０．９％	
介護保険負担分合計／月			２，０６５	４，１１３

６カ月に1回のみの口腔・栄養スクリーニング加算、特に希望がある場合のみ算定の口腔機能向上加算を含めず計算。

１日あたりの金額	要支援１／月５回	要支援２／月９回
介護保険負担分合計／日	４１３	４５７

注）口腔・栄養スクリーニング加算は、口腔機能向上加算を算定していない場合は　加算Ⅰ…20　算定している場合は　加算Ⅱ…5　となります。

注）１回利用ごとに食事材料費７２０円・おやつ代１５０円が、上記金額に加算されます。その場合の１日あたりの合計額は下の料金表になります。おやつはご希望の方に提供いたします。

なお、お召し上がらなかった場合、料金はいただきません。

１日あたりの合計額 （昼食材料費を含む）	要支援１／月５回	要支援２／月９回
	１，２８３	１，３２７

注）要支援１・事業対象者（週１回）が月４回以下の利用の場合、基本利用料が月額ではなく、４３６／回になります。要支援２・事業対象者が月８回以下の利用の場合、基本利用料が月額ではなく、４４７／回になります。

デイサービスセンターおうようかん
利用料金表

③その他の費用
追加のサービスとして、希望者には以下のサービスを提供しています。

夕食弁当	サービス提供日に夕食弁当サービスを提供可能です。ご利用者様本人に加えて同居ご家族様分も注文をお受けできます。ご希望の方は、利用日当日の朝に職員へ注文数をお伝えください。 夕食弁当（ご飯+おかず）４００円／１食 夕食弁当（おかずのみ）３５０円／1食
散髪	1ヶ月に１回、当館に美容師が訪問してくれます。前日までに予約をすることで　２０００円／１回　にてカットしていただけます。
オムツ等	尿取りパット・リハビリパンツ・オムツは自己負担（各利用者が持参）となります。用意が無く、当館の物を持ち出しで使用した場合にはご連絡いたしますので、後日、補充分の持参をお願いします。持参いただけない場合には、使用した物の費用として表の金額（実費相当）を請求させていただきます。 尿取りパット　　４０円／１枚 リハビリパンツ　７０円／１枚 オムツ　１１０円／１枚 オムツ、リハビリパンツ、尿取りパットについて、ご本人様・ご家族様で用意が難しい場合には、当館がかわりに購入することも可能です。その場合には、後日、実費相当の金額を請求させていただきます。