

デイサービスセンター 銘仙の家 1割負担  
【 要介護1～5 】

R7.4月改定

|                   |                                                    |           |           |           |             |
|-------------------|----------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 通所介護              | 事業所番号：1070401912                                   |           |           |           |             |
|                   | [大規模型通所介護Ⅱ 7時間以上8時間未満] ※1単位： 10.14 円(7級地)          |           |           |           |             |
|                   | 要介護1                                               | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5        |
| 大規模型通所介護費(Ⅱ)      | 607 単位／1日                                          | 716 単位／1日 | 830 単位／1日 | 946 単位／1日 | 1,059 単位／1日 |
| 入浴介助加算(Ⅱ)         | 55 単位／1日                                           |           |           |           |             |
| 入浴介助加算(Ⅰ)         | ※入浴加算(Ⅱ)が算定できない場合入浴加算(Ⅰ)40単位/1日へ変更となります。           |           |           |           |             |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ      | 76 単位／1日                                           |           |           |           |             |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ      | ※個別機能訓練加算(Ⅰ)ロが算定できない場合個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56単位/1日算定になります。 |           |           |           |             |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)       | 20 単位／月1回                                          |           |           |           |             |
| ADL維持等加算Ⅰ         | 30 単位／月                                            |           |           |           |             |
| 中重度者ケア体制加算        | 45 単位／1日                                           |           |           |           |             |
| 栄養アセスメント加算        | 50 単位／月1回                                          |           |           |           |             |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5 単位／月1回(6ヶ月に1回)                                   |           |           |           |             |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)   | 22 単位／1日                                           |           |           |           |             |
| 科学的介護推進体制加算       | 40 単位／月1回                                          |           |           |           |             |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)    | 9.2% (1ヶ月の介護保険負担額に上乘せ)                             |           |           |           |             |
| 食事負担額             | 630 円／1日(おやつ代込)                                    |           |           |           |             |
| 1回の平均的な負担額        | 1,682 円                                            | 1,803 円   | 1,952 円   | 2,058 円   | 2,183 円     |

※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)は初回月算定から6ヶ月ごとに月1回の算定になります。  
 ※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)は栄養アセスメント加算と口腔機能向上加算との併算定不可となります。

| ◆その他の加算項目(該当者のみ) |                      |
|------------------|----------------------|
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)      | 160単位／1回 (但し1月に2回限度) |
| 認知症加算            | 60単位／1日              |
| 栄養改善加算           | 200単位／1回 (但し1月に2回限度) |
| 若年性認知症利用者受入加算    | 60単位／1日              |

| ◆ ◆ ◆ その他 追加料金 ◆ ◆ ◆ |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 《サービス延長料金》           | 150円/30分                  |
| 《作業療法材料費》            | 実費                        |
| 《理美容代》               | 実費                        |
| 《紙おむつ》1枚単価           | M:170円 L:190円             |
| 《はくパンツ》1枚単価          | M:170円 L:180円 LL…190円     |
| 《尿とりパット》1枚単価         | パットレギュラー:50円 貼り付きパット:100円 |

デイサービスセンター 銘仙の家 1割負担  
要支援1～2 料金表

R7.4月改定

事業所番号：1070401912

|                    |                       |                              |  |
|--------------------|-----------------------|------------------------------|--|
| 介護予防<br>通所介護相当サービス |                       | [大規模型通所介護Ⅰ] ※1単位:10.14円(7級地) |  |
|                    | 要支援1                  | 要支援2                         |  |
| 介護予防通所介護費          | 1,798 単位／月            | 3,621 単位／月                   |  |
| 口腔機能向上加算Ⅱ          | 160 単位／月(チェック項目該当者)   |                              |  |
| サービス提供強化<br>加算(Ⅰ)  | 88 単位／月               | 176 単位／月                     |  |
| 科学的介護推進加<br>算      | 40 単位／月               |                              |  |
| 栄養アセスメント加<br>算     | 50 単位／月(希望者)          |                              |  |
| 介護職員等<br>処遇改善加算(Ⅰ) | 9.2%(1ヶ月の介護保険負担額に上乘せ) |                              |  |
| 食事負担額              | 630 円／1日(おやつ代込)       |                              |  |
| 平均的な負担額            | 4,886 円／月4回           | 9,521 円／月8回                  |  |

| ◆その他の加算項目(該当者のみ)  |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| 栄養改善加算            | 200単位／月                          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20単位／月                           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位／月                            |
| 一体的サービス提供加算       | 480単位／月(※口腔機能向上加算と栄養改善加算算<br>定時) |
| 若年性認知症利用者受入加算     | 240単位／月                          |

※口腔・栄養スクリーニング加算は口腔機能向上加算か栄養改善加算を算定している場合に限り口  
腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)となります。