

別添 1  
**社会福祉法人 南知多**  
**【地域密着型通所介護】南知多町デイサービスセンター**  
**利用料金表**

令和3年8月1日

【単位：円】※自己負担分

【基本サービス利用単位】	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	※サービス提供時間【7時間以上8時間未満】
地域密着型通所介護費	7,500	8,870	10,280	11,680	13,080	

【個別加算】

【単位：円】

入浴介助加算Ⅰ	400	1日につき	入浴を実施した場合
入浴介助加算Ⅱ	550	1日につき	医師等が居宅浴室の環境の評価を行い、個別の入浴計画を作成し、居宅に近い環境で入浴介助を行った場合
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560	1日につき	専従の機能訓練指導員が利用者個別に計画書を作成し機能訓練を実施した場合
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	850	1日につき	サービス提供時間を通じて専従の機能訓練指導員が配置され、個別の計画を作成し実施した場合
個別機能訓練加算（Ⅱ）	200	1月につき	個別機能訓練計画書の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること
中重度者ケア体制加算	450	1回につき	規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員、看護職員を常勤換算方法で2人以上確保
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,000	3か月に1回	訪問・通所リハ又は医療提供施設のPT等からの助言（ICTを活用）を受け個別機能訓練計画を作成等する。
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000（1,000）	1月につき	訪問・通所リハ又は医療提供施設のPT等からの訪問を受け助言を受け個別機能訓練計画を作成等する。
ADL維持等（Ⅰ）加算	300	1月につき	自立支援・重度化防止のに向けた取り組みを行い、Barthel IndexによりADL値を評価。調整済みADL利得が平均して1以上であること
ADL維持等（Ⅱ）加算	600	1月につき	自立支援・重度化防止のに向けた取り組みを行い、Barthel IndexによりADL値を評価。調整済みADL利得が平均して2以上であること
認知症加算	600	1回につき	規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員、看護職員を常勤換算方法で2人以上確保
若年性認知症利用者受入加算	600	1日につき	65歳未満の認知症の方に担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供を行う。
栄養アセスメント加算	500	1月につき	管理栄養士を配置していること。栄養アセスメントを実施し、ご家族に説明を行っていること
栄養改善加算	2,000	1回につき	栄養改善サービスにあたり、必要に応じ居宅を訪問すること。
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	200	6か月に1回	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供していること
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	50	6か月に1回	口腔機能向上加算を算定している場合

## 別添 1

口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500	1回につき	口腔機能低下の重度化予防、維持、回復のためのスクリーニングを実施。
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600	1回につき	口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省の提出している

【単位：円】

## 【体制加算】

サービス提供強化加算Ⅰ	220	1日につき	介護福祉士が介護職員数の70%以上配置されていること。又は勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている。
サービス提供強化加算Ⅱ	180	1日につき	介護福祉士が介護職員数の50%以上配置されていること。
サービス提供強化加算Ⅲ	60	1日につき	介護福祉士40%以上、または勤続年数7年以上の職員が30%以上。
科学的介護推進体制加算	400	1月につき	ADL値、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	5.9%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	4.3%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	2.3%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1.2%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1.0%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算

※施設が体制を整えた時に加算されます。

※サービス提供体制強化加算については、ⅠからⅢのうちどれか一つの加算となる。月々により加算内容が変更になる場合有り

※実際の負担額は、介護保険告知上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする

## 別添 1

## 介護保険外利用料（全額自己負担）

項目	単位：円		備考
昼食代	608	／日	
おやつ代	100	／日	お茶以外の飲み物代及びおやつ代 （経管栄養の方は除く）
おむつ代	1枚当たり		紙オムツ120円、リハビリパンツ160円、尿取りパット25円