

社会福祉法人 南知多
【第1号通所事業】南知多町デイサービスセンター
利用料金表

令和7年6月5日

【単位：円】※自己負担分

【基本サービス利用単位】

要支援 1	要支援 2	事業対象者 週1回	事業対象者 週2回	
17,980	36,210	17,980	36,210	1月につき
4,360	4,470	4,360	4,470	1回につき

【個別加算】

【単位：円】※自己負担分

生活機能向上グループ活動加算	1,000	1月につき	
運動器機能向上加算	2,250	1月につき	
栄養改善加算	2,000	1月につき	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500	1月につき	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600	1月につき	
一体的サービス提供加算	4,800	1月につき	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200	6月につき	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

【体制加算】

【単位：円】※自己負担分

	要支援 1	要支援 2		
	事業対象者 週1回	事業対象者 週2回		
サービス提供強化加算Ⅰ1・Ⅰ2	880	1,760	1日につき	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合、勤続年数の要件を満たすことで算定する。
サービス提供強化加算Ⅱ1・Ⅱ2	720	1,440	1日につき	
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）	9.2%	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
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	9.0%	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
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	8.0%	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
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	6.4%	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るもの。月々により加算内容が変更になる場合有り

※サービス提供体制強化加算については、ⅠからⅢのどれか一つの加算となる

※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

【介護保険外利用料（全額自己負担）】

【単位：円】

項目	単価		備考
昼食代	608	1日あたり	
おやつ代	100	1日あたり	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	120	1枚あたり	
リハビリパンツ代	160	1枚あたり	
尿取りパット代	25	1枚あたり	

※前営業日の午後5時30分までに利用中止の連絡がない場合は、昼食代とおやつ代を徴収します。