

デイサービスセンター

# 「和・なごみ」

「サービス提供時間 9:20~16:30」

※送迎の時間は含みません



～この町で、みんな一緒に楽しく和む～



## 1. 予防通所介護利用料 ※【利用料小計+《(教養娯楽費+食費)×利用回数》】

| 介護度           | 介護費<br>(機能訓練含む)<br>① | 口腔機能向上<br>加算Ⅰ<br>② | 介護職員等<br>処遇改善加算<br>Ⅱ<br>③   | 利用料小計<br>①～③ | 教養娯楽費<br>利用1回につき | 食費<br>利用1回につき |
|---------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|--------------|------------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1 | 1,798<br>(単位・円)      | 150                | ①～②のうち利用した総単位数に9.0%が加算されます。 | 2,286円       | 19円              | 850円          |
| 要支援2          | 3,621<br>(単位・円)      |                    |                             | 4,273円       |                  |               |

○利用料小計は月額料金になります。

〈※月の途中からのご利用の際は、介護費が契約日から起算して、日割りでの計算となります。(要支援1：1日70円 要支援2：1日135円)〉

※②の加算は、チェックリスト等に該当する方で、口腔機能維持の指導等を希望される方のみの加算となります。

※「介護保険負担割合証」の負担割合に応じて、①～②の金額がそれぞれ2倍、3倍の額となります。



(2025年1月1日現在)

## 2. 通所介護利用料 ※【(利用料小計+教育娯楽費+食費)×利用回数】

| 介護度  | 介護費<br>①        | 入浴介助加算<br>I<br>② | 個別機能訓練<br>加算 I<br>③ | 口腔機能<br>向上加算<br>(I)<br>④         | 介護職員等<br>処遇改善加算<br>II<br>⑤                  | 利用料小計<br>①~⑤の合計<br>1日あたり最大 | 教養娯楽費<br>利用1回につき | 食費<br>利用1回につき |
|------|-----------------|------------------|---------------------|----------------------------------|---|----------------------------|------------------|---------------|
| 要介護1 | 658<br>(単位・円)   | 40<br>(単位・円)     | 56<br>(単位・円)        | 150<br>(単位・円)<br>※月2回を限度<br>とします | ①~④のうち<br>利用した総単<br>位数に9.0%<br>が加算されま<br>す。 | 985円                       | 19円              | 850円          |
| 要介護2 | 777<br>(単位・円)   |                  |                     |                                  |   | 1,115円                     |                  |               |
| 要介護3 | 900<br>(単位・円)   |                  |                     |                                  |   | 1,249円                     |                  |               |
| 要介護4 | 1,023<br>(単位・円) |                  |                     |                                  |   | 1,383円                     |                  |               |
| 要介護5 | 1,148<br>(単位・円) |                  |                     |                                  |   | 1,519円                     |                  |               |

※④の加算は、チェックリスト等に該当する方で、口腔機能維持の指導等を希望される方のみでの加算となります。

※「介護保険負担割合証」の負担割合に応じて、①~④の金額がそれぞれ2倍、3倍の額となります。



【ご利用のご相談、ご見学等をご希望の方は下記の連絡先までお問い合わせください。】 (担当：武藤、菅野)

「電話番号 0243-66-2230」

「FAX 0243-66-2620」