

●デイサービスありがたい大宮

提 供 す る サ ー ビ ス の 利 用 単 位 数 に つ い て

要支援1	1798単位	週1回の利用程度（月4回程度）				
要支援2	3621単位	週2回の利用程度（月5回～8回程度）				
サービス提供時間数	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	416 単位	436 単位	657 単位	678 単位	753 単位	783 単位
要介護2	478 単位	501 単位	776 単位	801 単位	890 単位	995 単位
要介護3	540 単位	566 単位	896 単位	925 単位	1032 単位	1072 単位
要介護4	600 単位	629 単位	1013 単位	1049 単位	1172 単位	1220 単位
要介護5	663 単位	695 単位	1134 単位	1172 単位	1312 単位	1365 単位

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る地域密着型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに地域密着型通所介護計画の見直しを行いません。

※算定対象時間が9時間以上となった場合は下記単位数が追加されます。

- ・9時間以上10時間未満の場合・・・単位数 +50単位
- ・10時間以上11時間未満の場合・・・単位数 +100単位
- ・11時間以上12時間未満の場合・・・単位数 +150単位
- ・12時間以上13時間未満の場合・・・単位数 +200単位
- ・13時間以上14時間未満の場合・・・単位数 +250単位

※利用者に対して送迎を行わない場合は、片道につき -47単位 減算されます。

その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
	ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	1提供当たりの料金の10%と食事代（700円）を請求いたします
③ 食事の提供に要する費用	700円（1食当たりの食材料費及び調理コスト）	
④ おむつ代	100円（1枚当たり）	
⑤ 日常生活費	実費	

	加 算	単位数	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100靫	3月に1回を限度として1月につき
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200靫	1月につき
	生活機能向上連携加算(Ⅱ) 個別機能訓練加算を算定している場合	100靫	1月につき
	A D L 維持等加算(Ⅰ)	30靫	1月につき
	A D L 維持等加算(Ⅱ)	60靫	
	A D L 維持等加算(Ⅲ)	3靫	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56靫	個別機能訓練を実施した日数
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76靫	
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20靫	
	栄養アセスメント加算	50靫	1月につき
	栄養改善加算	200靫	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20靫	6月に1回を限度
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5靫	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150靫	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160靫	
	科学的介護推進体制加算	40単位	1月につき
	入浴介助加算(Ⅰ)	40靫	入浴介助を実施した日数
	入浴介助加算(Ⅱ)	55靫	
	若年性認知症利用者受入加算	60靫	サービス提供日数
	中重度者ケア体制加算	45単位	サービス提供日数
認知症加算	60単位	サービス提供日数	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	サービス提供日数	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位		
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 92/1000	基本サービス費に各種加算減算を行った 総単位数(所定単位数)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 90/1000		
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 80/1000		

※ 個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定地域密着型通所介護事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師が利用者の居宅を訪問したうえで、個別機能訓練計画を作成し、その後3ヶ月ごとに1回以上、利用者の居宅訪問のうえで、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている場合に算定します。

※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

※ (利用単位数+加算) × 10.68円(地域区分3級地) が一ヶ月分の介護報酬となり、介護報酬の1割～3割(負担割合証に記載された割合。地域単価上、多少の誤差が生じる場合があります)とその他の費用を合わせた額が自己負担額となります。