

デイサービスセンター（介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業）料金表

○サービス単位 1単位=10.27円

	施設サービス費
要支援1・事業対象者	1,672単位
要支援2・事業対象者	3,428単位

○食費 800円/食

○サービス利用料金表（※週に1日、月4日利用された場合）

（1）1割負担の場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	17,171円/月	35,205円/月
2. 介護保険給付額	15,453円/月	31,684円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	1,718円/月	3,521円/月
4. 食費	3,200円/月 (800円×4日)	3,200円/月 (800円×4日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	4,918円/月	6,721円/月

（2）2割負担の場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	17,171円/月	35,205円/月
2. 介護保険給付額	13,736円/月	28,164円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	3,435円/月	7,041円/月
4. 食費	3,200円/月 (800円×4日)	3,200円/月 (800円×4日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	6,635円/月	10,241円/月

（3）3割負担の場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	17,171円/月	35,205円/月
2. 介護保険給付額	12,019円/月	24,643円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	5,152円/月	10,562円/月
4. 食費	3,200円/月 (800円×4日)	3,200円/月 (800円×4日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	8,352円/月	13,762円/月

○負担割合について（第1号被保険者）

年金収入等	負担割合
340万円以上	3割（※）
280万円以上	2割（※）
280万円未満	1割

- ※ 3割負担の具体的な基準は、「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」とされています。
- ※ 3割負担には、月額44,400円の上限が設定されます。
- ※ 2割負担については、「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合は346万円以上）」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当します。
- ※ 介護保険費被保険者証とは別に交付される、「介護保険負担割合証」に記載された負担割合をご確認下さい。

○加算等内容

項目	自己負担額 (1割)	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	自己負担額 (3割)
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
① 若年性認知症利用者受入加算	247円/月	247円/月	493円/月	493円/月	740円/月	740円/月
② 生活機能向上グループ活動加算	103円/月	103円/月	206円/月	206円/月	309円/月	309円/月
③ 運動器機能向上加算	231円/月	231円/月	462円/月	462円/月	693円/月	693円/月
④ 栄養アセスメント加算	52円/月	52円/月	103円/月	103円/月	154円/月	154円/月
⑤ 栄養改善加算	206円/月	206円/月	411円/月	411円/月	617円/月	617円/月
⑥ 口腔機能向上加算（Ⅰ）	154円/月	154円/月	308円/月	308円/月	462円/月	462円/月
⑦ 口腔機能向上加算（Ⅱ）	165円/月	165円/月	329円/月	329円/月	493円/月	493円/月
⑧ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	493円/月	493円/月	986円/月	986円/月	1,479円/月	1,479円/月
⑨ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	719円/月	719円/月	1,438円/月	1,438円/月	2,157円/月	2,157円/月
⑩ 事業所評価加算	124円/月	124円/月	247円/月	247円/月	370円/月	370円/月
⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	91円/月	181円/月	181円/月	362円/月	271円/月	543円/月
⑫ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	74円/月	148円/月	148円/月	296円/月	222円/月	444円/月
⑬ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	25円/月	50円/月	50円/月	99円/月	74円/月	148円/月
⑭ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	103円/月	103円/月	206円/月	206円/月	309円/月	309円/月
⑮ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	206円/月	206円/月	411円/月	411円/月	617円/月	617円/月
⑯ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	21円/回	21円/回	41円/回	41円/回	62円/回	62円/回
⑰ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6円/回	6円/回	11円/回	11円/回	16円/回	16円/回
⑱ 科学的介護推進体制加算	41円/月	41円/月	82円/月	82円/月	123円/月	123円/月
⑲ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に5.9%を乗じた額の1割をご負担頂きます。		所定単位数に5.9%を乗じた額の2割をご負担頂きます。		所定単位数に5.9%を乗じた額の3割をご負担頂きます。	
⑳ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数に1.0%を乗じた額の1割をご負担頂きます。		所定単位数に1.0%を乗じた額の2割をご負担頂きます。		所定単位数に1.0%を乗じた額の3割をご負担頂きます。	

⑳ 介護職員等ベースアップ等支援加算	提供したサービスの合計単位数の1.1%を加算した額の1割をご負担頂きます。	提供したサービスの合計単位数の1.1%を加算した額の2割をご負担頂きます。	提供したサービスの合計単位数の1.1%を加算した額の3割をご負担頂きます。
--------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

※①から⑳までの加算は、施設が体制要件を満たした場合、サービスを提供した場合に料金が発生します。

以上