

# 高齢者在宅サービスセンターみずほ

## デイサービス料金表

令和3年4月1日

### ① 通常規模型通所介護費（地域区分 10.27%）

介護度等	利用時間	1日の利用料金	1日の自己負担額
要介護1	3時間以上4時間未満	3,779円	378円
	4時間以上5時間未満	3,964円	397円
	5時間以上6時間未満	5,823円	583円
	6時間以上7時間未満	5,966円	597円
	7時間以上8時間未満	6,726円	673円
要介護2	3時間以上4時間未満	4,323円	433円
	4時間以上5時間未満	4,539円	454円
	5時間以上6時間未満	6,880円	688円
	6時間以上7時間未満	7,045円	705円
	7時間以上8時間未満	7,938円	794円
要介護3	3時間以上4時間未満	4,898円	490円
	4時間以上5時間未満	5,135円	514円
	5時間以上6時間未満	7,938円	794円
	6時間以上7時間未満	8,133円	814円
	7時間以上8時間未満	9,201円	921円
要介護4	3時間以上4時間未満	5,443円	545円
	4時間以上5時間未満	5,720円	572円
	5時間以上6時間未満	8,996円	900円
	6時間以上7時間未満	9,212円	922円
	7時間以上8時間未満	10,454円	1,046円
要介護5	3時間以上4時間未満	6,007円	601円
	4時間以上5時間未満	6,305円	631円
	5時間以上6時間未満	10,054円	1,006円
	6時間以上7時間未満	10,300円	1,030円
	7時間以上8時間未満	11,728円	1,173円

② 加算（1回につき）

入浴介助加算（Ⅰ）	410 円	41 円
入浴介助加算（Ⅱ）	564 円	57 円
中重度ケア体制加算	462 円	47 円
科学的介護推進体制加算	410 円/月	41 円/月
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	575 円	58 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	872 円	88 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	205 円/月	21 円/月
ADL 維持加算（Ⅰ）	308 円/月	31 円/月
ADL 維持加算（Ⅱ）	616 円/月	62 円/月
認知症加算	616 円	62 円
若年性認知症利用者受入加算	616 円	62 円
栄養アセスメント加算	513 円/月	52 円/月
栄養改善加算	2,054 円/回	206 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	205 円/回	21 円/回
口腔機能向上加算Ⅰ	1,540 円/月	154 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	1,643 円/月	165 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	225 円/回	23 円/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	184 円/回	19 円/回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	61 円/回	7 円/回
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数の合計× 12/1000	左料金の 1 割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数の合計× 59/1000	左料金の 1 割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	算定単位数の合計× 43/1000	左料金の 1 割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	算定単位数の合計× 23/1000	左料金の 1 割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	算定単位数の合計× 23/1000×90/100	左料金の 1 割を負担
昼食、おやつ材料費		790 円

\*栄養改善加算は月 2 回が限度

\*口腔・栄養スクリーニング加算は 6 ヶ月に 1 回を限度

利用料の計算 ①+② = 1 日の利用料自己負担

※自己負担額は介護保険負担割合証に準ずる

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## デイサービス料金表

令和3年4月1日現在

この契約書別紙は、介護予防通所介護サービスの内容および利用料金等変動事項について記載したものです。以降も変更あったときは、この別紙を差し替え、契約事項の変更とします。

○利用日 毎週 月 火 水 木 金 土曜日の週\_\_回

○利用時間 午前\_\_時\_\_分 ~ 午後\_\_時\_\_分

○料 金

①介護予防通所介護費（地域区分 10.27%）（1割負担の場合）

介護度等	1月の利用料金	1月の自己負担額
要支援 1	月額 16,996 円	月額 1,700 円
要支援 2	月額 34,846 円	月額 3,485 円

②加 算

生活機能向上グループ活動加算	月額 1,027 円	月額 103 円
運動器機能向上加算	月額 2,310 円	月額 231 円
栄養改善加算	月額 1,540 円	月額 154 円
口腔機能向上加算	月額 1,540 円	月額 154 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	205 円/回	21 円/回
選択的サービス実施加算（Ⅰ）	月額 4,929 円	月額 493 円
選択的サービス実施加算（Ⅱ）	月額 7,189 円	月額 719 円
事業者評価加算	月額 1,232 円	月額 124 円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	要支援1 月額 739 円	月額 74 円
	要支援2 月額 1,478 円	月額 148 円
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	要支援1 月額 492 円	月額 50 円
	要支援2 月額 985 円	月額 99 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1 月額 246 円	月額 25 円
	要支援2 月額 492 円	月額 50 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数の合計×59/1000	左料金の1割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	算定単位数の合計×43/1000	左料金の1割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	算定単位数の合計×23/1000	左料金の1割を負担
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数の合計×12/1000	左料金の1割を負担
昼食、おやつ材料費		1回 790 円

\*口腔・栄養スクリーニング加算は6ヶ月に1回を限度

※自己負担額は介護保険負担割合証に準ずる

③その他の費用（必要な方のみ）	
紙オムツ代（リハビリパンツ）	170 円
尿とりパット	40 円
趣味教室の材料費（希望者のみ自己負担）	実費
④キャンセル料金	790 円

利用料の計算 ①+②+③+④＝ 1ヶ月の利用料自己負担

以上、介護予防通所介護サービスの料金等詳細について、事業者として、その内容を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

事業者名 社会福祉法人 常盤会  
 高齢者在宅サービスセンターみずほ  
 所在地 東京都西多摩郡瑞穂町箱根ヶ崎 922-1  
 管理者 的場 一信

説明者 所属 高齢者在宅サービスセンターみずほ  
 氏名 .....印

私は、本契約書別紙の内容について、事業者から説明を受け了承しました。

利用者 氏名 .....印

(代理人) 氏名 .....印