

あいたすデイサービスセンター料金表(通所介護)

1. 通常規模型通所介護(月300人以上900人未満)(一割負担の場合)

要介護度	利用時間	サービス費	入浴	中重度加算	認知症加算	処遇改善加算 I	特定処遇改善加算 I	サービス体制加算 I	総額	一部負担額	食事費	自己負担額
要介護1	2時間～3時間未満	270	40	45	60	26	5	22	4,682	468円	500円	968円
	3時間～4時間未満	368				32	6		5,730	573円		1,073円
	4時間～5時間未満	386				33	7		5,930	593円		1,093円
	5時間～6時間未満	567				43	9		7,860	786円		1,286円
	6時間～7時間未満	581				44	9		8,010	801円		1,301円
	7時間～8時間未満	655				48	10		8,800	880円		1,380円
	8時間～9時間未満	666				49	10		8,920	892円		1,392円
要介護2	2時間～3時間未満	309	40	45	60	28	6	22	5,104	510円	500円	1,010円
	3時間～4時間未満	421				35	7		6,300	630円		1,130円
	4時間～5時間未満	442				36	7		6,520	652円		1,152円
	5時間～6時間未満	670				49	10		8,960	896円		1,396円
	6時間～7時間未満	686				50	10		9,130	913円		1,413円
	7時間～8時間未満	773				55	11		10,060	1,006円		1,506円
	8時間～9時間未満	787				56	11		10,210	1,021円		1,521円
要介護3	2時間～3時間未満	350	40	45	60	31	6	22	5,540	554円	500円	1,054円
	3時間～4時間未満	477				38	8		6,900	690円		1,190円
	4時間～5時間未満	500				39	8		7,140	714円		1,214円
	5時間～6時間未満	773				55	11		10,060	1,006円		1,506円
	6時間～7時間未満	792				57	12		10,280	1,028円		1,528円
	7時間～8時間未満	896				63	13		11,390	1,139円		1,639円
	8時間～9時間未満	911				64	13		11,550	1,155円		1,655円
要介護4	2時間～3時間未満	390	40	45	60	33	7	22	5,969	596円	500円	1,096円
	3時間～4時間未満	530				41	8		7,460	746円		1,246円
	4時間～5時間未満	557				43	9		7,760	776円		1,276円
	5時間～6時間未満	876				62	13		11,180	1,118円		1,618円
	6時間～7時間未満	897				63	13		11,400	1,140円		1,640円
	7時間～8時間未満	1,018				70	14		12,690	1,269円		1,769円
	8時間～9時間未満	1,036				71	14		12,880	1,288円		1,788円
要介護5	2時間～3時間未満	430	40	45	60	35	7	22	6,388	638円	500円	1,138円
	3時間～4時間未満	585				44	9		8,050	805円		1,305円
	4時間～5時間未満	614				46	9		8,360	836円		1,336円
	5時間～6時間未満	979				68	14		12,280	1,228円		1,728円
	6時間～7時間未満	1,003				69	14		12,530	1,253円		1,753円
	7時間～8時間未満	1,142				77	16		14,020	1,402円		1,902円
	8時間～9時間未満	1,162				78	16		14,230	1,423円		1,923円

2. 介護予防通所介護相当サービスは1ヶ月分の料金です。(1割負担の料金)

要支援1・事業対象者(週1回程度)	1,672	0	0	0	104	21	88	18,850	1,885円	500円	2,385円
要支援2・事業対象者(週1回程度)	1,672				104	21	88	18,850	1,885円		2,385円
要支援2・事業対象者(週2回程度)	3,428				213	43	176	38,600	3,860円		4,360円

加算 栄養改善加算 200円(栄養マネジメントを実施した場合に、月に2回のみで3ヶ月限度)

口腔機能向上加算 150円(口腔機能向上サービスを実施した場合に、月に2回のみで3ヶ月限度)

家族送迎の場合、上記金額より片道につき47円が減額されます。

認知症加算につきましては、要介護1以上の方で認知度がⅢ以上の方が対象となります。

* 介護予防通所介護相当サービスにおいて、要支援1・事業対象者は週1回を超える利用、及び要支援2・事業対象者が週2回を超える利用については1回の利用につき、2,500円を実費でお支払いいただきます。