

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	267	50	45	60	26	5	18	4,714	471円	500円	971円
	3時間～4時間未満	364				32	6		5,750	575円		1,075円
	4時間～5時間未満	382				33	7		5,950	595円		1,095円
	5時間～6時間未満	561				43	9		7,860	786円		1,286円
	6時間～7時間未満	575				44	9		8,010	801円		1,301円
	7時間～8時間未満	648				48	10		8,790	879円		1,379円
	8時間～9時間未満	659				49	10		8,910	891円		1,391円
要介護2	2時間～3時間未満	307	50	45	60	28	6	18	5,136	513円	500円	1,013円
	3時間～4時間未満	417				35	7		6,320	632円		1,132円
	4時間～5時間未満	438				36	7		6,540	654円		1,154円
	5時間～6時間未満	663				49	10		8,950	895円		1,395円
	6時間～7時間未満	679				50	10		9,120	912円		1,412円
	7時間～8時間未満	765				55	11		10,040	1,004円		1,504円
	8時間～9時間未満	779				56	11		10,190	1,019円		1,519円
要介護3	2時間～3時間未満	347	50	45	60	31	6	18	5,565	556円	500円	1,056円
	3時間～4時間未満	472				38	8		6,910	691円		1,191円
	4時間～5時間未満	495				39	8		7,150	715円		1,215円
	5時間～6時間未満	765				55	11		10,040	1,004円		1,504円
	6時間～7時間未満	784				56	11		10,240	1,024円		1,524円
	7時間～8時間未満	887				63	13		11,360	1,136円		1,636円
	8時間～9時間未満	902				63	13		11,510	1,151円		1,651円
要介護4	2時間～3時間未満	386	50	45	60	33	7	18	5,987	598円	500円	1,098円
	3時間～4時間未満	525				41	8		7,470	747円		1,247円
	4時間～5時間未満	551				43	9		7,760	776円		1,276円
	5時間～6時間未満	867				61	12		11,130	1,113円		1,613円
	6時間～7時間未満	888				63	13		11,370	1,137円		1,637円
	7時間～8時間未満	1,008				70	14		12,650	1,265円		1,765円
	8時間～9時間未満	1,026				71	14		12,840	1,284円		1,784円
要介護5	2時間～3時間未満	426	50	45	60	35	7	18	6,406	640円	500円	1,140円
	3時間～4時間未満	579				44	9		8,050	805円		1,305円
	4時間～5時間未満	608				46	9		8,360	836円		1,336円
	5時間～6時間未満	969				67	14		12,230	1,223円		1,723円
	6時間～7時間未満	993				69	14		12,490	1,249円		1,749円
	7時間～8時間未満	1,130				77	16		13,960	1,396円		1,896円
	8時間～9時間未満	1,150				78	16		14,170	1,417円		1,917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)	1,655	0	0	0	101	21	72	18,490	1,849円	500円	2,349円
要支援2・事業対象者(週1回程度)	1,655				101	21	72	18,490	1,849円		2,349円
要支援2・事業対象者(週2回程度)	3,393				208	42	144	37,870	3,787円		4,287円

加算 栄養マネジメント加算 150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。