

デイサービスセンター 福祉の森 聖孝園 料金表

(令和6年6月1日以降)

サービス利用料金

	サービス内容略称	単位 10.45円		備 考
通 所 型 サ ー ビ ス (独 自)	要支援1・事業対象者	1,798		1月(ご利用回数4回まで)
	要支援2・事業対象者	3,621		1月(ご利用回数8回まで)
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(要支援1)	24	○	1月(要支援1・事業対象者)
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(要支援2)	48	○	1月(要支援2・事業対象者)
	科学的介護推進体制加算	40	○	月に1回
	☆生活機能向上グループ活動加算	100		月に1回
	☆栄養改善加算	200		月に1回
	☆口腔機能向上加算	150		月に1回
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	9.0%	○	利用された合計単位数に表記の9.0%を乗じる
通 所 介 護	要介護1	658		1回につき
	要介護2	777		1回につき
	要介護3	900		1回につき
	要介護4	1,023		1回につき
	要介護5	1,148		1回につき
	☆個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	○	1回につき(機能訓練を行った場合)
	☆個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76		1回につき(機能訓練指導員が2名の場合)
	ADL維持等加算(Ⅰ)	30		月に1回
	☆ADL維持等加算(Ⅱ)	60		月に1回
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	○	1回につき
	入浴介助加算(Ⅰ)	40	○	1回につき(入浴介助を行った場合)
	☆入浴介助加算(Ⅱ)	55		1回につき(入浴介助を行った場合)
	科学的介護推進体制加算	40	○	月に1回
	☆口腔機能向上加算(Ⅰ)	150		1回につき(月2回、原則3ヶ月)
	☆口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20		1回につき(1回/6ヶ月を限度とする)
	送迎減算	-47		片道につき(送迎を行わなかった場合)
介護職員等処遇等改善加算(Ⅱ)	9.0%	○	利用された合計単位数に表記の9.0%を乗じる	

※高萩市・北茨城市・日立市は1単位10円、日立市の総合事業者は1単位10.45円での計算となります。

※☆印を加算する場合は個別にご相談します。