

大野和光園デイサービスセンター  
介護予防通所介護

【料金表】

平成27年8月1日より

1. 介護保険一部負担額

(介護保険負担割合証に2割と記載がある方につきましては、下記金額に2を乗じた金額となります)

【基本部分】1月につき

|      |        |
|------|--------|
| 要支援1 | 1,647円 |
| 要支援2 | 3,377円 |

【加算】

|                  |  |      |         |
|------------------|--|------|---------|
| サービス提供体制強化加算(I)イ | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に加算します。   | 要支援1 | 72円 /月  |
|                  |  | 要支援2 | 144円 /月 |
| 栄養改善加算           | 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士1名以上配置し、管理栄養士、看護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合に加算します。<br>※3月以内の期間に限り月2回を限度とします。  |      | 150円 /月 |
| 口腔機能向上加算         | 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを行った場合に加算します。<br>※3月以内の期間に限り月2回を限度とします。  |      | 150円 /月 |
| 生活機能向上グループ活動加算   | 以下の場合に加算します。<br>・機能訓練指導員等の介護予防通所介護従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所介護計画を作成していること。<br>・複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが実施されていること。<br>・生活機能向上グループ活動サービスを1週間に1回以上実施していること。 |      | 100円 /月 |
| 運動器機能向上加算        | 機能訓練指導員を1名以上配置し、共同して個別の運動器機能向上計画を作成し、これに基づき個別に運動器機能向上サービスを行った場合に加算します。   |      | 225円 /月 |

|                               |  |                |
|-------------------------------|--|----------------|
| <p>選択的サービス 複数実施<br/>加算（Ⅰ）</p> | <p>以下の場合に加算します。<br/>         ・利用者が介護予防通所介護の提供を受ける日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。<br/>         ・1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。<br/>         ・選択的サービスのうち2種類実施した場合。<br/>         ※選択的サービスとは「運動機能向上サービス」、「栄養改善サービス」又は「口腔機能向上サービス」を指します。</p>            | <p>480円 /月</p> |
| <p>選択的サービス 複数実施<br/>加算（Ⅱ）</p> | <p>以下の場合に加算します。<br/>         ・利用者が介護予防通所介護の提供を受ける日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。<br/>         ・1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。<br/>         ・選択的サービスのうち3種類実施した場合。<br/>         ※選択的サービスとは「運動機能向上サービス」、「栄養改善サービス」又は「口腔機能向上サービス」を指します。</p>            | <p>700円 /月</p> |
| <p>事業所評価加算</p>                | <p>以下の場合に加算します。<br/>         イ 選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）を行っていること。<br/>         ロ 対象期間の利用実人員数が10名以上であること。<br/>         ハ 評価対象期間において、介護予防通所介護を利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること。<br/>         ニ 規定で算出した数で除して得た数が0.7以上であること。</p> | <p>120円 /月</p> |

|                           |   |                           |
|---------------------------|---|---------------------------|
| <p>介護職員処遇改善加算<br/>(I)</p> | <p>以下の要件を満たす場合に加算します。<br/>         ① 賃金改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。<br/>         ② ①の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。<br/>         ③ 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。<br/>         ④ 事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。<br/>         ⑤ 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。<br/>         ⑥ 労働保険料の納付が適正に行われていること。<br/>         ⑦ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。<br/>         (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件を定めていること。<br/>         (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。<br/>         (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。<br/>         (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。<br/>         ⑧ 平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。</p> | <p>所定料金に4.0%を乗じた料金 /月</p> |
|---------------------------|---|---------------------------|

## 2. 実費利用料（介護保険対象外）

### ①食費

|    |      |
|----|------|
| 昼食 | 580円 |
|----|------|

### ②その他料金

|                 |         |
|-----------------|---------|
| ハイキング、旅行等にかかる費用 | 実費      |
| 特別な食事にかかる費用     | 実費      |
| 複写物             | 30円 / 枚 |