

北広島デイサービスセンター四恩園
通所介護サービス利用料金表（2024年6月～）

（単位；円）

利用時間	サービス内容略称(サービスコード)	利用料	負担額	備考
7時間 以上 8時間 未満	通所介護 I 5 1 (152441)	6,580	658	要介護1の方
	通所介護 I 5 2 (152442)	7,770	777	要介護2の方
	通所介護 I 5 3 (152443)	9,000	900	要介護3の方
	通所介護 I 5 4 (152444)	10,230	1,023	要介護4の方
	通所介護 I 5 5 (152445)	11,480	1,148	要介護5の方
6時間 以上 7時間 未満*1	通所介護 I 4 1 (152346)	5,840	584	要介護1の方
	通所介護 I 4 2 (152347)	6,890	689	要介護2の方
	通所介護 I 4 3 (152348)	7,960	796	要介護3の方
	通所介護 I 4 4 (152349)	9,010	901	要介護4の方
	通所介護 I 4 5 (152350)	10,080	1,008	要介護5の方
5時間 以上 6時間 未満*1	通所介護 I 3 1 (152341)	5,700	570	要介護1の方
	通所介護 I 3 2 (152342)	6,730	673	要介護2の方
	通所介護 I 3 3 (152343)	7,770	777	要介護3の方
	通所介護 I 3 4 (152344)	8,800	880	要介護4の方
	通所介護 I 3 5 (152345)	9,840	984	要介護5の方
4時間 以上 5時間 未満*1	通所介護 I 2 1 (152246)	3,880	388	要介護1の方
	通所介護 I 2 2 (152247)	4,440	444	要介護2の方
	通所介護 I 2 3 (152248)	5,020	502	要介護3の方
	通所介護 I 2 4 (152249)	5,600	560	要介護4の方
	通所介護 I 2 5 (152250)	6,170	617	要介護5の方
3時間 以上 4時間 未満*1	通所介護 I 1 1 (152241)	3,700	370	要介護1の方
	通所介護 I 1 2 (152242)	4,230	423	要介護2の方
	通所介護 I 1 3 (152243)	4,790	479	要介護3の方
	通所介護 I 1 4 (152244)	5,330	533	要介護4の方
	通所介護 I 1 5 (152245)	5,880	588	要介護5の方
各種加算	入浴介助加算 I (155301)	400	40	入浴された場合
	入浴介助加算 II (155303)	550	55	目標下で入浴された場合*2
	中重度ケア体制加算(155306)	450	45	
	個別機能訓練加算 I 1 (155051)	560	56	
	個別機能訓練加算 II (155052)	200	20	1か月につき
	ADL維持等加算 I (156338)	300	30	1か月につき
	ADL維持等加算 II (156339)	600	60	1か月につき
	認知症加算(155305)	600	60	認知症自立度Ⅲ以上の方*2
	若年性認知症受入加算(156109)	600	60	診断等による*2
	口腔・栄養スクリーニング加算(156202)	200	20	6か月に1回まで*2
	口腔機能向上加算 I (155606)	1,500	150	月に2回まで*2
	口腔機能向上加算 II (155608)	1,600	160	月に2回まで*2
	科学的介護推進体制加算(156361)	400	40	1か月につき
	送迎減算(155612)	-470	-47	送迎なしの場合(片道につき)
	サービス提供体制強化加算 I 1 (156099)	220	22	
介護職員等処遇改善加算 I (156108)		9.2%	1か月につき	

*1 当事業所の利用時間は7時間15分です。

*2 算定する際には個別にご説明・ご相談いたします。

○介護保険等の給付対象とならないサービス

食費（食材費） 662円 / 手芸材料費等（希望者のみ） 実費

各種加算要件

加算名	内容
入浴介助加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助を行った場合。(Ⅰ) ・自宅での入浴に関する目標に沿った計画を作成した上で入浴介助を行った場合。(Ⅱ)
中重度者ケア体制 加算	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員又は介護職員を規定数より2名以上多く配置いたします。 ・前年度又は前3月間のお客様総数のうち、要介護3、要介護4、要介護5である方の割合が30%以上の場合。 ・通所介護を行う時間帯を通して専ら通所介護の提供にあたる看護職員を1名以上配置します。
個別機能訓練加算 (Ⅰイ) (Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、お客様が居宅において可能な限り自立して暮らし続ける事を目的として実施します。 ・専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師(以下「理学療法士等」という)を1名以上配置します。 ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の生活機能向上に資するようお客様ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成します。 ・個別機能訓練計画に基づき、お客様の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、お客様の心身状況に応じた機能訓練を適切に行ないます。 ・機能訓練指導員等がお客様の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、機能訓練の内容と進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行います。(以上Ⅰ、Ⅱ) ・サービスの質の向上を図るため、科学的介護情報システム(LIFE)への情報提出およびフィードバック情報の活用により、お客様の状態に応じた個別機能訓練計画の作成、計画に基づく個別機能訓練の実施、実施内容の評価、評価結果を踏まえた計画の見直し・改善を行います。(Ⅱ)
ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・前年の1月から12月の期間内にサービスを利用した方のADLの維持又は改善の度合いが一定の水準を超える等の要件を満たした場合。
認知症加算	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員又は介護職員を規定数より2名以上多く配置します。 ・前年度又は前3月間のお客様総数のうち、日常生活上の介護を要する認知症の方の占める割合が30%以上の場合。 ・通所介護を行う時間帯を通して専ら通所介護の提供にあたる認知症介護に係る専門的な研修等を修了した職員を1名以上配置します。
若年性認知症 受入加算	<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の方について、個別に担当者を定め、担当者を中心に、お客様の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
口腔・栄養 スクリーニング 加算	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業者が利用開始時及び利用中6ヵ月ごとにお客様の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態および栄養状態に関する情報(低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報も含む)を担当ケアマネジャーに提供します。
口腔機能向上加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能が低下している、または低下のおそれがあるお客様に対し、口腔の清掃および嚥下機能訓練を指導・実施します。 ・言語聴覚士又は看護職員を1名以上配置します。(以上Ⅰ、Ⅱ) ・サービスの質の向上を図るため、科学的介護情報システム(LIFE)に情報を提出し、口腔の衛生と機能向上に必要な情報を活用します。(Ⅱ)
科学的介護推進 体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等に係る基本的な情報(疾病の状況や服薬情報等)を厚生労働省に提出します。 ・サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報をサービス計画の見直し等に活用します。
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを直接提供する職員のうち介護福祉士の割合が70%以上の場合。
介護職員等 処遇改善加算 (Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の処遇改善の取り組み。介護サービスに従事する介護職員の賃金改善等に充てられます。

北広島デイサービスセンター四恩園
介護予防通所介護相当サービス利用料金表（2024年6月～）

※1 か月あたりの料金です

（単位；円）

サービス内容略称(サービスコード)	利用料	負担額	備考
通所型サービス 1 (A61111)	17,980	1,798	要支援 1 の方
通所型サービス 2 (A61121)	36,210	3,621	要支援 2 の方
通所型サービス口腔機能向上加算 I (A65004)	1,500	150	*1
通所型サービス口腔機能向上加算 II (A65011)	1,600	160	*1
サービス提供体制強化加算 I 1 (A66011)	880	88	要支援 1 の方
サービス提供体制強化加算 I 2 (A66012)	1,760	176	要支援 2 の方
口腔栄養スクリーニング加算 I (A66200)	200	20	6 ヶ月に 1 回まで*1
科学的介護推進体制加算 (A66311)	400	40	
介護職員等処遇改善加算 I (A66100)		9.2%	

*1 算定する際には個別にご説明・ご相談いたします。

○介護保険等の給付対象とならないサービス

食 費（食材費） 6 6 2 円 / 手芸材料費等(希望者のみ) 実費

各種加算要件

口腔機能向上加算 (I) (II)	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能が低下している、または低下のおそれがあるお客様に対し、口腔の清掃および嚥下機能訓練を指導・実施します。 ・言語聴覚士又は看護職員を 1 名以上配置します。（以上 I、II） ・サービスの質の向上を図るため、科学的介護情報システム(LIFE)に情報を提出し、口腔の衛生と機能向上に必要な情報を活用します。（II）
サービス提供体制強化加算 (I)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを直接提供する職員のうち介護福祉士の割合が70%以上の場合。
口腔・栄養スクリーニング加算	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業者が利用開始時及び利用中6ヵ月ごとにお客様の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態および栄養状態に関する情報(低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報も含む)を担当ケアマネジャーに提供します。
科学的介護推進体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等に係る基本的な情報（疾病の状況や服薬情報等）を厚生労働省に提出します。 ・サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報をサービス計画の見直し等に活用します。
介護職員等処遇改善加算 (I)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の処遇改善の取り組み。介護サービスに従事する介護職員の賃金改善等に充てられます。