

# ❖ (介護予防型) 通所介護<デイサービス>料金表

2021年4月改正  
高殿苑ホームケアサービスセンター

要介護度に応じた利用者負担合計金額をお支払いいただきます。

## ■ I 基本サービス費(介護保険サービス)

単位:円/日・月

通常規模型 通所介護		単位	サービス 費用 【10割】	負担割合 1割負担の方		負担割合 2割負担の方		負担割合 3割負担の方		
				保 険 給付額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保 険 給付額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保 険 給付額 【7割】	利用者 負担額 【3割】	
基本	介護予防型/月	要 支 援 1	1,672	17,923	16,130	1,793	14,338	3,585	12,546	5,377
		要 支 援 2	3,428	36,748	33,073	3,675	29,398	7,350	25,723	11,025
	7時間以上 8時間未満/ 日	要 介 護 1	655	7,021	6,318	703	5,616	1,405	4,914	2,107
		要 介 護 2	773	8,286	7,457	829	6,628	1,658	5,800	2,486
		要 介 護 3	896	9,605	8,644	961	7,684	1,921	6,723	2,882
		要 介 護 4	1,018	10,912	9,820	1,092	8,729	2,183	7,638	3,274
	要 介 護 5	1,142	12,242	11,017	1,225	9,793	2,449	8,569	3,673	
加算	サービス提供体制強化加算	要支援1	88	943	848	95	754	189	660	283
	サービス提供体制強化加算	要支援2	176	1,886	1,697	189	1,508	378	1,320	566
	サービス提供体制強化加算(I)	介護	22	235	211	24	188	47	164	71
そ の 他 の 加 算		下記、Ⅲその他の加算を参照(項目に該当の方)								
介護職員処遇改善加算 I		共 通	所定単位数合計の5.9%を加算							
介護職員等特定処遇改善加算 I		共 通	所定単位数合計の1.2%を加算							

## ご参考) 上記 I を計算した利用者負担額の目安

※Ⅱ食事は含まれておりません。 単位:円/日・月

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	1ヶ月分		1日分				
1 割 負 担	2,021	4,138	789	914	1,054	1,194	1,337
2 割 負 担	4,042	8,276	1,578	1,827	2,107	2,387	2,674
3 割 負 担	6,063	12,414	2,367	2,740	3,162	3,580	4,011

## ■ II 食事代(介護保険外サービス)

単位:円/回

食事代(おやつ含む)	600
------------	-----

## ■ III その他の加算(介護保険サービス)

単位:円/日・月

	単位	サービス 費用 【10割】	負担割合 1割負担の方		負担割合 2割負担の方		負担割合 3割負担の方		
			保 険 給付額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保 険 給付額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保 険 給付額 【7割】	利用者 負担額 【3割】	
運動器機能向上加算 1回/月	要支援	225	2,412	2,170	242	1,929	483	1,688	724
入浴介助加算(I)	介 護	40	428	385	43	342	86	299	129
個別機能訓練加算 Iイ		56	600	540	60	480	120	420	180
個別機能訓練加算 Iロ		85	911	819	92	728	183	637	274
個別機能訓練加算(II) 1回/月		20	214	192	22	171	43	149	65
科学的介護推進体制加算 1回/月	共 通	40	428	385	43	342	86	299	129

※上記以外、介護保険の給付対象とならないサービス等については全額がご契約者の負担となります。