

介護報酬に係る利用者負担金 ペルヘ宮田デイサービス 2024.6

介護保険負担割合が1割負担の方

介護度	基本利用料	サービス提供体制強化加算	科学的介護推進体制加算	口腔機能向上加算Ⅱ	食費(税込)	1カ月当たりの利用料の総額
事業対象者/要支援1	1798	88				2086+食費
要支援2(おおむね週2回程度の利用)	3621	176	40	160	650	3997+食費
要支援2(おおむね週1回程度の利用)	1798	88				2086+食費

介護保険負担割合が2割負担の方

介護度	基本利用料	サービス提供体制強化加算	科学的介護推進体制加算	口腔機能向上加算Ⅱ	食費(税込)	1カ月当たりの利用料の総額
事業対象者/要支援1	3596	176				4172+食費
要支援2(おおむね週2回程度の利用)	7242	352	80	320	650	7994+食費
要支援2(おおむね週1回程度の利用)	3596	176				4172+食費

介護保険負担割合が3割負担の方

介護度	基本利用料	サービス提供体制強化加算	科学的介護推進体制加算	口腔機能向上加算Ⅱ	食費(税込)	1カ月当たりの利用料の総額
事業対象者/要支援1	5394	264				6258+食費
要支援2(おおむね週2回程度の利用)	10863	528	120	480	650	11991+食費
要支援2(おおむね週1回程度の利用)	5394	264				6258+食費

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本利用料と上記加算の合計に9.2%が加算されます。
---------------	----------------------------

その他として、レクリエーション等に係る費用は自己負担となります。また、日常生活に必要なものに係る費用の徴収が必要となった場合は、その都度利用者又はそのご家族に説明し同意を得たものに限り徴収することができることとします。

連絡帳の代金として、一冊当たり¥200を徴収いたします。(初回時、再発行時)

## 介護報酬に係る利用者負担金 ペルへ宮田デイサービス 2024.6

介護保険負担割合が1割負担の方

介護度	基本利用料	個別機能 訓練加算 (Ⅰ)口	サービス提 供体制強化 加算(Ⅰ)	入浴介助 加算(Ⅱ)		食費	1日あたりの 利用料総額
要介護1	658	76	22	55	+	650	1461
要介護2	777						1580
要介護3	900						1703
要介護4	1023						1826
要介護5	1148						1951

介護保険負担割合が2割負担の方

介護度	基本利用料	個別機能 訓練加算 (Ⅰ)口	サービス提 供体制強化 加算(Ⅰ)	入浴介助 加算(Ⅱ)		食費	1日あたりの 利用料総額
要介護1	1316	152	44	110	+	650	2272
要介護2	1554						2510
要介護3	1800						2756
要介護4	2046						3002
要介護5	2296						3252

介護保険負担割合が3割負担の方

介護度	基本利用料	個別機能 訓練加算 (Ⅰ)口	サービス提 供体制強化 加算(Ⅰ)	入浴介助 加算(Ⅱ)		食費	1日あたりの 利用料総額
要介護1	1974	228	66	165	+	650	3083
要介護2	2331						3440
要介護3	2700						3809
要介護4	3069						4178
要介護5	3444						4553

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本利用料と上記加算の合計に9.2%が加算されます。					
科学的介護推進体制加算	1割負担の方	40単位/月	2割負担の方	80単位/月	3割負担の方	120単位/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1割負担の方	160単位/月	2割負担の方	320単位/月	3割負担の方	480単位/月
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1割負担の方	20単位/月	2割負担の方	40単位/月	3割負担の方	60単位/月

※入浴介助加算(Ⅱ)について、職員配置等の都合上、入浴介助加算(Ⅰ) 40単位/日 を算定する場合があります。

※個別機能訓練加算(Ⅰ)口について、職員配置の都合上、個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56単位/日 を算定する場合があります。

※その他として、レクリエーション等に係る費用は自己負担となります。また、日常生活に必要なものに係る費用の徴収が必要となった場合は、その都度利用者又はそのご家族に説明し同意を得たものに限り徴収することができることとします。

※感染症または災害の発生を理由として、利用延人員数の減が生じた月の利用延人員数が前年度の1月あたりの平均利用延人員数から5%以上減少している場合に、一定期間基本利用料の3%相当を加算させていただく場合があります。(3%加算)

※連絡帳の代金として、一冊当たり200円を徴収いたします。(初回時、再発行時)

※口腔機能向上加算について、月2回を上限として算定いたします。