

ディサービスセンターひばりヶ丘利用料金表①

令和7年9月1日改正

社会福祉法人 青燈会

◎通所介護

| 要介護 | (A) 介護保険適用 単位:点 | | | | (B) 介護保険適用外 単位:円 | |
|----------------|--------------------|---------|--------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|
| | 基本料金 7時間以上8時間未満 | 入浴加算(Ⅰ) | 個別機能訓練 加算(Ⅰ)※注6 | サービス提供体 制強化加算Ⅰ | 食費 ※注1 | おやつ飲み物代 ※注2 |
| 大規模通所介護 (Ⅰ) | 要介護1 | 629 | 40 | 76 | 22 | 650 (1回あたり) 100 (1回あたり) |
| | 要介護2 | 744 | | | | |
| | 要介護3 | 861 | | | | |
| | 要介護4 | 980 | | | | |
| | 要介護5 | 1,097 | | | | |

※那珂市は地域区分が七級地になりますので一単位の単価が10.14円となります。

【その他の介護保険適用の費用について】

| | (単位:10.14円 1日当たりの金額) | 備 考 |
|----------------|----------------------|-----------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | (A) × 利用回数 × 9.2% | 小数点以下四捨五入 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20 | 月1回 ※注3 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60 | ※注4 |
| 栄養改善加算 | 200 | 3ヶ月以内に月2回まで ※注5 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 月1回 ※注3 |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30 | 月1回 ※注3 |

【その他の介護保険適用外の費用について】

| | (単位:円) | 備 考 |
|-----------|--------|--------------|
| 教養娯楽費 | 200 | レクリエーションの材料費 |
| 紙おむつ代 | 120 | ご使用毎 |
| パンツ型紙おむつ代 | 100 | ご使用毎 |
| パット型紙おむつ代 | 40 | ご使用毎 |

注1 食費 600円は、昼食を召し上がる毎にかかります

注2 おやつ飲み物代 50円は、ご利用日毎にかかります

注3 厚生労働省へ計画内容を提出し、フィードバックを受ける場合

注4 個別担当者を決め、ニーズに応じた対応が必要な場合

注5 栄養状態について確認し、介護支援専門員に文書で共有した場合に算定

注6 自立支援と日常生活の充実に資することを目的として個別機能訓練計画書を作成し、3ヶ月毎に一回利用者居宅を訪問した上で、利用者または家族に対し機能訓練(マッサージ含む)の進捗状況を説明し見直し等を行う。機能訓練(マッサージ含む)を行った時に算定。

ディサービスセンターひばりヶ丘利用料金表②

令和7年9月1日改正

社会福祉法人 青燈会

◎介護保険認定で要支援の方

| | | (A) 介護保険適用 | | | | | 介護保険適用外 単位:円 | |
|----------|------|------------|-------------|---------------|--------------|------------------|----------------|----------------|
| | | 基本料金 | 科学的介護推進体制加算 | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 介護保険1ヶ月分(1割負担の額) | 食費※注1 | おやつ飲み物代※注2 |
| 介護予防通所介護 | 要支援1 | 1,798 | 40 | 88 | 177 | 2,133 | 650 (1回あたり) | 100 (1回あたり) |
| | 要支援2 | 3,621 | | 176 | 353 | 4,249 | | |

※那珂市は地域区分が七級地になりますので1単位の単価が10.14円となります。

【その他の介護保険適用の費用について】

| | | (単位:10.14円 1ヶ月当たりの金額) | 備 考 |
|----------------|--|-----------------------|-----------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | | (A) × 9.2% | 小数点以下四捨五入 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 240 | ※注3 |
| 栄養改善加算 | | 200 | 月2回まで |
| 科学的介護推進体制加算 | | 40 | 月1回 ※注4 |

【その他の介護保険適用外の費用について】

| | | (単位:円) | 備 考 |
|-------------------|--|--------|--------------|
| 教養娯楽費(選択レクレーション毎) | | 200 | レクリエーションの材料費 |
| 紙おむつ代 | | 120 | ご使用毎 |
| パンツ型紙おむつ代 | | 100 | ご使用毎 |
| パット型紙おむつ代 | | 40 | ご使用毎 |

注1 食費 600円は、昼食を召し上がる毎にかかります

注2 おやつ飲み物代 50円は、ご利用日毎にかかります

注3 個別担当者を決め、ニーズに応じた対応が必要な場合

注4 厚生労働省へ計画内容を提出し、フィードバックを受ける場合