

デイサービス こだま 利用料金一覧

令和元年10月1日 現在

下記の料金表によって、契約者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担金）及び食費の自己負担額をお支払い下さい。介護サービスのご利用料金は、ご契約者様の要介護度及び負担割合に応じて異なります。

●通所介護（デイサービス・通常規模型）

介護サービス費（一割負担の場合）

加算：サービス提供体制強化加算Ⅰ 18単位
 個別機能訓練加算Ⅱ 56単位 入浴介助加算 50単位
 生活機能向上連携加算 100(200)単位 認知症加算 60単位
 ※下記表には個別機能訓練加算Ⅱ・入浴介助加算・生活機能向上連携加算・認知症加算は加算していません。

※1日あたりのご利用

（7時間以上8時間未満の介護サービス費）

	加算合計 18 単位				
介護サービス費及び利用者負担	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
基本単位数(加算含まない単位数)	648 単位	765 単位	887 単位	1,008 単位	1,130 単位
1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	666 単位 7,019 円	783 単位 8,252 円	905 単位 9,538 円	1,026 単位 10,814 円	1,148 単位 12,099 円
2. 上記の内、介護保険から給付される金額	6,317 円	7,426 円	8,584 円	9,732 円	10,889 円
3. ご契約者負担額(1-2)	702 円	826 円	954 円	1,082 円	1,210 円

個別機能訓練加算Ⅱ		生活機能向上連携加算(1月につき) ※個別機能訓練加算を算定しない場合は200単位			
1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	56 単位 590 円	1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	100 単位 1,054 円		
2. 上記の内、介護保険から給付される金額	531 円	2. 上記の内、介護保険から給付される金額	948 円		
3. ご契約者負担額(1-2)	59 円	3. ご契約者負担額(1-2)	106 円		
入浴介助加算		認知症加算 (認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方のみ加算)		食費及び調理費用	
1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	50 単位 527 円	1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	60 単位 632 円	1日	730 円
2. 上記の内、介護保険から給付される金額	474 円	2. 上記の内、介護保険から給付される金額	569 円		
3. ご契約者負担額(1-2)	53 円	3. ご契約者負担額(1-2)	63 円		

その他の加算(上記料金に含まれていません)

介護職員処遇改善加算	ご利用単位数合計に5.9%を上乗せします。
介護職員等特定処遇改善加算	ご利用単位数合計に1.2%を上乗せします。

※ サービス提供体制強化加算・介護職員処遇改善加算にかかる単位数は区分支給限度基準単位数には含まれません。

- 注1. 自己負担金は介護保険を適用した場合の料金となっております。
 注2. 介護保険の負担割合に応じて、2割(3割)の方は上記料金の2倍(3倍)の金額となります。
 注3. 介護保険の範囲を超えてご利用の場合、別途料金となります。

デイサービス こだま 利用料金一覧

令和元年10月1日 現在

●介護予防通所サービス（神戸市総合事業）

（一割負担の場合）

※1月あたりのご利用料金

介護サービス費及び利用者負担 基本単位数(加算含まない単位数)	要支援1	要支援2(週1回)	要支援2(週2回)
	1,655 単位	1,655 単位	3,393 単位
1. ご契約者の介護度別サービス利用料金	1,727 単位 18,202 円	1,727 単位 18,202 円	3,537 単位 37,279 円
2. 上記の内、介護保険から給付される金額	16,381 円	16,381 円	33,551 円
3. ご契約者負担額(1-2)	1,821 円	1,821 円	3,728 円

食費及び調理費用	
1日	730 円

加算:

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1 72単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援2 144単位
※運動機能向上加算 225単位
※生活機能向上連携加算 100(200)単位

※上記表には運動器機能向上加算・生活機能向上連携加算は加算していません。

その他の加算(上記料金に含まれていません)

介護職員処遇改善加算	ご利用単位数合計に5.9%を上乗せします。
介護職員等特定処遇改善加算	ご利用単位数合計に1.2%を上乗せします。

※ サービス提供体制強化加算・介護職員処遇改善加算にかかる単位数は区分支給限度基準単位数には含まれません。

- 注1. 自己負担金は介護保険を適用した場合の料金となっております。
注2. 介護保険の負担割合に応じて、2割(3割)の方は上記料金の2倍(3倍)の金額となります。
注3. 介護保険の範囲を超えてご利用の場合、別途料金となります。