【別紙２】

めいわCOMハウス　デイサービス
料金表一覧

※１割負担の方をベースとしています。

基本報酬	単位：回				
サービス提供時間	要介護１	2	3	4	5
６時間以上７時間未満	584	689	796	901	1,008
７時間以上８時間未満	658	777	900	1,023	1,148

介護予防 事業対象者	要支援１		要支援２	
	基本報酬	1,798/月	基本報酬	3,621/月
	サービス提供体制強化加算Ⅰ１	88/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ２	176/月

加算	単位数	備考
サービス提供体制加算Ⅰ	22/日	
入浴介助加算Ⅰ	40/回	
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76/回	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56/回	担当職員が欠員の場合算定
中重度ケア加算	45/日	前年の要介護3以上の利用者が基準値を上回った場合算定
科学的介護推進加算	40/月	
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	介護報酬合計の12.0%	
施設が送迎を行わない際の減算	△47/片道	何らかの理由で施設が送迎を行わなかった場合算定

その他実費		
食費	昼食　650円/回	
	夕食　650円/回	希望者のみ
理美容代	1,500円	
その他レクリエーション活動費	必要な場合は事前にご連絡いたします。	