

エムダブルエス日高 南陽台デイトレセンター

(事業所番号：1070203623)

加算体制表（令和 8 年 6 月 1 日～）

【通所介護：要介護 1～5 と記載の方】

※通常規模型【高齢者虐待防止措置の実施・業務継続計画策定基準型】

介護度・単位 所要時間	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
3 時間以上 4 時間未満	370	423	479	533	588
4 時間以上 5 時間未満	388	444	502	560	617
5 時間以上 6 時間未満	570	673	777	880	984
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
8 時間以上 9 時間未満	669	791	915	1,041	1,168
加 算	単位	加 算 要 件			
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位/日	個別入浴計画書を作成し入浴介助を行なった場合。			
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位/日	専従の機能訓練指導員が直接訓練を行った場合。			
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	機能訓練計画等の内容を LIFE へ提出し、フィードバックを活用する場合。			
生活機能向上連携加算Ⅱ	100 単位/月	訪問リハビリ等のリハビリ職と連携し訓練等を行う場合。			
科学的介護推進体制加算	40 単位/月				
ADL 維持等加算	算定要件に応じて 30 単位または 60 単位/月。 ※算定要件が整い次第、取得予定。				
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位/月 2 回まで	※任意でのサービス。			
送迎減算	▲47 単位 / 片道 利用者自ら通う場合、家族が送迎を行う場合。				

【限度外費用】

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/回。
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	算定した単位数の合計額に 11.8%を乗じた額

※ 1 単位：10.27 円

【介護予防・日常生活支援総合事業（要支援 1、要支援 2、事業対象者と記載の方）】※1 月あたりの単位数
【高齢者虐待防止措置の実施・業務継続計画策定基準型】

項 目	説 明	単位数
通所型サービス 1	(ケアプランに基づき)概ね週 1 回程度ご利用の場合。	1,798 単位 (日割 59 単位)
通所型サービス 2	(ケアプランに基づき)概ね週 2 回程度ご利用の場合。	3,621 (日割 119 単位)
加 算	加 算 要 件	単位数
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	※任意でのサービス。	160 単位
生活機能向上連携加算Ⅱ	訪問リハビリ等リハビリ職と連携し訓練等行う場合。	200 単位
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
送迎減算	▲47 単位 / 片道 利用者自ら通う場合、家族が送迎を行う場合。	

【限度外費用】

サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	Ⅱ 1 : 72 単位、Ⅱ 2 : 144 単位
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	算定した単位数の合計額に 11.8%を乗じた額

※ 1 単位 : 高崎市 10.27 円、藤岡市・甘楽町 10 円

【通所介護・介護予防日常生活支援総合事業 共通】

介護保険の給付の対象とならないサービス (利用料金の全額がご契約者様の負担となります)

昼食代	800 円 (一食当たり)
レクリエーションや各種教室にかかわる費用	開催時はお知らせと希望を募ったうえで実施します。
リハビリパンツ代	100 円
パット代	50 円
マスク (2 枚入り)	100 円

- ☆ の加算は、算定要件が整い次第通知の上取得していきます。
- ☆ 上記料金算定の基本となる所要時間は実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画または介護予防サービス・支援計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ☆ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご契約者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合や、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。引き換えにご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額に応じてご契約者の負担額を変更します。

お問い合わせ先 : 027-395-0666

担当 : 秋山