

デイサービスセンターかんばらの里利用料等一覧表

(令和5年5月1日から)

【介護保険対象外自己負担】

*負担額の目安は、1割負担で算出してあります。

食費	朝食 430円 ・ 昼食 750円 ・ 夕食 500円			
嗜好品代	1日につき	100円	レク材料費	実費
キャンセル料	1回につき	750円	アロマオイル代	1回につき 300円
預かりサービス (要介護者に限る)	1時間につき	500円	介護保険外自費利用料 (要支援者に限る)	1回につき 4,000円

【通常規模型通所介護】

利用区分		1回当たりの基本単位数 (負担額単位：円)								
		3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満			5時間以上6時間未満		
		基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安
要介護 1	1	368	22	424	386	22	444	567	22	640
要介護 2	2	421	22	481	442	22	504	670	22	752
要介護 3	3	477	22	542	500	22	567	773	22	864
要介護 4	4	530	22	601	557	22	629	876	22	976
要介護 5	5	585	22	660	614	22	692	979	22	1,087
利用区分		6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満			8時間以上9時間未満		
		基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サービス提供体制強化加算	負担額の目安
要介護 1	1	581	22	655	655	22	736	666	22	748
要介護 2	2	686	22	769	773	22	864	787	22	880
要介護 3	3	792	22	885	896	22	997	911	22	1,013
要介護 4	4	897	22	998	1,018	22	1,129	1,036	22	1,149
要介護 5	5	1,003	22	1,113	1,142	22	1,265	1,162	22	1,286

* 利用時間が2時間以上3時間未満の場合は【4～5時間未満】の100分の70の利用料です。

* 利用時間が2時間未満の場合は、「2時間以上3時間未満」に準じます。

全利用者に加算	単位数	負担額の目安	全利用者に加算	単位数	負担額の目安
科学的介護推進体制加算 /月	40	43円	中重度者ケア体制加算 /日	45	50円

* 体制が整い、算定可能となりましたら、お知らせします。

加算・減算 (該当者のみ)	単位数	負担額の目安	加算・減算 (該当者のみ)	単位数	負担額の目安	
入浴介助加算Ⅰ /回	40	43円	栄養改善加算 /月2回	200	217円	
入浴介助加算Ⅱ /回	55	60円	口腔機能向上加算Ⅰ /月2回	150	164円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ /回	56	61円	口腔機能向上加算Ⅱ /月2回	160	174円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ /回	85	93円	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ /6月に1回	20	22円	
個別機能訓練加算Ⅱ /月	20	22円	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ /6月に1回	5	5円	
送迎減算 /片道	-47	-52円	延長加算	9時間以上10時間未満 /回	50	55円
若年性認知症利用者受入加算 /回	60	66円		10時間以上11時間未満 /回	100	109円
ADL維持等加算Ⅰ /月	30	33円		11時間以上12時間未満 /回	150	164円
ADL維持等加算Ⅱ /月	60	66円		12時間以上13時間未満 /回	200	217円
				13時間以上14時間未満 /回	250	272円

【介護予防通所介護相当サービス】

保険者【新潟市】の方のみ対象

利用区分	基本単位数		負担額の目安
要支援1（月3回まで）	1回につき	384	418円
要支援1（月4回を超える時）	1ヶ月	1,672	1,816円
要支援2（月7回まで）	1回につき	395	429円
要支援2（月8回を超える時）	1ヶ月	3,428	3,723円

加算（該当者のみ）			加算（体制加算）		
	単位数	負担額の目安		単位数	負担額の目安
運動機能向上加算 /月	225	245円	事業所評価加算 /月	120	130円
栄養改善加算 /月	200	217円	サービス提供体制強化加算Ⅰ （事業対象者、要支援1） /月	88	96円
口腔機能向上加算Ⅰ /月	150	164円	サービス提供体制強化加算Ⅰ （事業対象者、要支援2） /月	176	191円
口腔機能向上加算Ⅱ /月	160	174円	科学的介護推進体制加算 /月	40	43円
選択的サービス複数実施加算Ⅰ 上記のうち2種類実施 /月	480	522円			
選択的サービス複数実施加算Ⅱ 上記のうち3種類実施 /月	700	760円			
若年性認知症ケア加算 /月	240	261円			
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ /月に1回	20	22円			
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ /6月に1回	5	5円			

【通常規模型通所介護】 【介護予防通所介護相当サービス】 共通

①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本単位+各種加算の合計単位数に 5.9%を掛けた単位数（端数は四捨五入）
②介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	基本単位+各種加算の合計単位数に 1.2%を掛けた単位数（端数は四捨五入）
③介護職員等ベースアップ等支援加算	基本単位+各種加算の合計単位数に 1.1%を掛けた単位数（端数は四捨五入）
1単位当りの報酬単価（介護報酬額）	基本単位+各種加算+①+②+③の合計単位数 ×10.14円＝介護報酬額（円未満切捨て）
利用者負担額	法に定められた利用者負担割合 *介護報酬の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

*負担額は、あくまで目安であり、1ヶ月分を合計した場合、端数処理の関係で若干の差異が生じます。