

デイサービスセンターはさぎの里利用料等一覧表

※負担額の目安は、1割負担で算出してあります。

(令和7年4月1日から)

【介護保険対象外自己負担】

※以下のサービス共通

食費 (1食)	朝食 400円 ・ 昼食 640円 ・ 夕食 560円		
嗜好品代 (1日)	120円	キャンセル料 (1回)	670円
預かりサービス (要介護者に限る)	1時間につき 500円	自費利用料 (要支援者に限る) (1回)	4,000円
レク材料費	実費		
日常生活に通常必要となるものに係る費用であって、利用者の負担であることが適当と認められる費用。			実費

【通常規模型通所介護】

1回当たりの基本単位数 (負担額単位：円)												
利用区分	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	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安	基本単位数	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安	基本単位数	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安
要介護 1	370	45	22	484	388	45	22	504	570	45	22	706
要介護 2	423	45	22	543	444	45	22	566	673	45	22	820
要介護 3	479	45	22	605	502	45	22	630	777	45	22	935
要介護 4	533	45	22	665	560	45	22	695	880	45	22	1,049
要介護 5	588	45	22	725	617	45	22	758	984	45	22	1,164
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	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安	基本単位数	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安	基本単位数	中重度者に対する体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	負担額の目安
要介護 1	584	45	22	721	658	45	22	803	669	45	22	816
要介護 2	689	45	22	838	777	45	22	935	791	45	22	951
要介護 3	796	45	22	956	900	45	22	1,071	915	45	22	1,087
要介護 4	901	45	22	1,072	1,023	45	22	1,207	1,041	45	22	1,227
要介護 5	1,008	45	22	1,191	1,148	45	22	1,346	1,168	45	22	1,368

* 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】基本単位の100分の70の利用料です。(四捨五入)

* 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
科学的介護推進体制加算 (1月に付き)	40	45円

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	(1回)	40	45円	栄養改善加算	(月2回)	200	221円
入浴介助加算Ⅱ	(1回)	55	61円	口腔機能向上加算Ⅱ	(月2回)	160	178円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	(1回)	56	62円	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回)		20	23円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	(1回)	76	85円	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回)		5	5円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	(1月)	20	23円	延長加算	9～10時間 (1回)	50	56円
送迎減算	(片道)	-47	-52円		10～11時間 (1回)	100	111円
若年性認知症利用者受入加算	(1回)	60	67円		11～12時間 (1回)	150	167円
ADL維持等加算Ⅰ	(1月)	30	34円		12～13時間 (1回)	200	221円
ADL維持等加算Ⅱ	(1月)	60	67円		13～14時間 (1回)	250	277円

*当事業所は「高齢者虐待防止措置」を実施し、「業務継続計画」を策定済みのため、未実施減算はありません。

*グレーの加算は現在は算定していません。

【介護予防通所介護相当サービス】

※保険者が、新潟市の方のみ対象
(負担額単位：円)

利用区分	基本単位数		負担額の目安
要支援1・事業対象者 (月4回以上)	1ヶ月	1,798	1,991円
要支援2(事業対象者) (月8回以上)	1ヶ月	3,621	4,010円
要支援1・事業対象者 (1～3回)	1回につき	436	483円
要支援2(事業対象者) (1～7回)	1回につき	447	495円

(負担額単位：円)

加算 (該当者のみ)	単位数	負担額の目安	加 算 (体制加算)		単位数	負担額の目安
栄養改善加算 (月)	200	221円	送迎減算	(片道)	-47	-52円
口腔機能向上加算Ⅱ (月)	160	178円	生活機能向上グループ活動加算(月)		100	111円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回)	20	23円	サービス提供体制強化加算Ⅰ (事業対象者、要支援1) (月)		86	96円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回)	5	5円	サービス提供体制強化加算Ⅱ (要支援2) (月)		176	195円
若年性認知症利用者受入加算 (月)	240	266円	科学的介護推進体制加算(月)		40	45円
一体的サービス提供加算(月)	480	532円				

※当事業所は「高齢者虐待防止措置実施」「業務継続計画策定済み」のため、未実施減算はありません。

【負担額の算定方法】 ※通所介護・介護予防通所介護相当サービス共通

(令和6年6月1日から) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に <u>9.2%を掛けた単位数</u> (端数は四捨五入)
1 単位当りの報酬単価 (介護報酬額)	(合計単位数+介護職員等処遇改善加算を加えた単位数) × <u>10.14円</u> (円未満切捨て)
利用者負担額	法に定める <u>利用者負担割合による</u> *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。