

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8年8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 420円 ・昼食 700円 ・夕食 580円		
嗜好品代 (1日)	150円	キャンセル料 (1回)	1,000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	496	388	45	22	518	570	45	22	723
要介護 2	423	45	22	557	444	45	22	580	673	45	22	841
要介護 3	479	45	22	621	502	45	22	646	777	45	22	959
要介護 4	533	45	22	682	560	45	22	712	880	45	22	1,076
要介護 5	588	45	22	745	617	45	22	777	984	45	22	1,194
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	740	658	45	22	824	669	45	22	836
要介護 2	689	45	22	859	777	45	22	959	791	45	22	975
要介護 3	796	45	22	981	900	45	22	1,099	915	45	22	1,116
要介護 4	901	45	22	1,100	1,023	45	22	1,238	1,041	45	22	1,259
要介護 5	1,008	45	22	1,221	1,148	45	22	1,380	1,168	45	22	1,403

* 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	46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	46円	栄養改善加算	(月2回)	200	228円
入浴介助加算Ⅱ	(1回)	55	63円	口腔機能向上加算Ⅱ	(月2回)	160	182円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	(1回)	56	64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	87円	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	(6月に1回)	5	6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	57円
送迎減算	(片道)	-47	-54円		10～11時間 (1回)	100	114円
若年性認知症利用者受入加算	(1回)	60	68円		11～12時間 (1回)	150	171円
ADL維持等加算Ⅰ	(1月)	30	35円		12～13時間 (1回)	200	228円
ADL維持等加算Ⅱ	(1月)	60	68円		13～14時間 (1回)	250	284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	2,043円
要支援2(事業対象者) (月8回以上)	1ヶ月	3,621	4,113円
要支援1・事業対象者 (1～3回)	1回に付き	436	495円
要支援2(事業対象者) (1～7回)	1回に付き	447	508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	228円	送迎減算	(片道)	-47	-54円
口腔機能向上加算Ⅱ (月)	160	182円	生活機能向上グループ活動加算(月)		100	114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	98円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回)	5	6円	サービス提供体制強化加算Ⅱ (要支援2) (月)		176	200円
若年性認知症利用者受入加算 (月)	240	273円	科学的介護推進体制加算(月)		40	46円
一体的サービス提供加算(月)	480	546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8年6月1日から) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)ロ	合計単位数に12.0%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)	(合計単位数+介護職員等処遇改善加算を加えた単位数) ×10.14円(円未満切捨て)
利用者負担額	法に定める利用者負担割合による *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。