

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8年8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 450円 ・ 昼食 800円 ・ 夕食 550円		
嗜好品代	1日につき	150円	レク材料費 実費
キャンセル料	1回につき	1,000円	
預かりサービス (要介護者に限る)	30分まで1,000円。それを超えるごとに30分につき1,000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】

		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	サ-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サ-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サ-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安
要介護 1	370	22	430	388	22	451	570	22	650
要介護 2	423	22	488	444	22	511	673	22	763
要介護 3	479	22	551	502	22	575	777	22	878
要介護 4	533	22	610	560	22	638	880	22	990
要介護 5	588	22	670	617	22	702	984	22	1,104
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-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サ-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	サ-ビ-ス提供体制強化加算	負担額の目安
要介護 1	584	22	666	658	22	746	669	22	759
要介護 2	689	22	781	777	22	878	791	22	893
要介護 3	796	22	898	900	22	1,011	915	22	1,028
要介護 4	901	22	1,012	1,023	22	1,147	1,041	22	1,168
要介護 5	1,008	22	1,130	1,148	22	1,284	1,168	22	1,305

* 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	219円
	入浴介助加算Ⅱ /回	55	61円		口腔機能向上加算Ⅰ /月2回	150	166円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ /回	56	62円		口腔機能向上加算Ⅱ /月2回	160	176円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ /回	76	84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	-53円		9時間以上10時間未満 /回	50	56円
	若年性認知症利用者受入加算 /回	60	67円	延長加算	10時間以上11時間未満 /回	100	110円
	ADL維持等加算Ⅰ /月	30	33円		11時間以上12時間未満 /回	150	166円
	ADL維持等加算Ⅱ /月	60	67円		12時間以上13時間未満 /回	200	219円
					13時間以上14時間未満 /回	250	275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。

【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	436	479円
要支援1（月4回を超える時）	1ヶ月	1,798	1,974円
要支援2（月7回まで）	1回につき	447	490円
要支援2（月8回を超える時）	1ヶ月	3,621	3,973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	219円	送迎減算 /片道		-47	-53円
口腔機能向上加算Ⅱ /月		160	176円	生活機能向上グループ生活加算 /月		100	110円
一体的サービス提供加算 /月		480	527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	97円
若年性認知症ケア加算 /月		240	264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	193円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ /月に1回		20	22円	科学的介護推進体制加算 /月		40	43円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ /6月に1回		5	5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。

【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ロ	基本単位+各種加算の合計単位数に 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）	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。