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6年4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　120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）	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	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	ｻｰﾋﾞ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	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算	負担額の目安	基本単位数	ｻｰﾋﾞ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
入浴介助加算Ⅰ　／回	40	**43円**
入浴介助加算Ⅱ　／回	55	**61円**
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ　／回	56	**62円**
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ　／回	76	**84円**
個別機能訓練加算Ⅱ　／月	20	**22円**
送迎減算　／片道	-47	**-53円**
若年性認知症利用者受入加算　／回	60	**67円**
ADL維持等加算Ⅰ　／月	30	**33円**
ADL維持等加算Ⅱ　／月	60	**67円**

加算・減算（該当者のみ）		単位数	負担額の目安
栄養改善加算　／月2回		200	**219円**
口腔機能向上加算Ⅰ　／月2回		150	**166円**
口腔機能向上加算Ⅱ　／月2回		160	**176円**
口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ加算Ⅰ　／6月に1回		20	**22円**
口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ加算Ⅱ　／6月に1回		5	**5円**
延長加算	9時間以上10時間未満　／回	50	**56円**
	10時間以上11時間未満　／回	100	**110円**
	11時間以上12時間未満　／回	150	**166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。

デイサービスセンターかんばらの里

【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
	栄養改善加算　／月	200	**219円**
	口腔機能向上加算Ⅱ　／月	160	**176円**
	一体的サービス提供加算　／月	480	**527円**
	若年性認知症ケア加算　／月	240	**264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**

加算（体制加算）		単位数	負担額の目安
	送迎減算　／片道	−47	**−53円**
	生活機能向上ｸﾞﾙｰﾌﾟ生活加算　／月	100	**110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**
	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**
	科学的介護推進体制加算　／月	40	**43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

令和6年5月まで	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）
令和6年5月まで	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）
令和6年5月まで	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）
6月から	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 9.2%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。