

1 割負担

五泉中央デイサービスセンター利用料金

(単位:円)

大規模型(Ⅱ) 通所介護(デイサービス)

※サービス提供時間は、「7-8体制」となります。

・所要時間3時間以上4時間 未満

・所要時間 4時間以上5時間 未満

区分	基準額	単位数	区分	基準額	単位数
要介護1	3,430	343	要介護1	3,600	360
要介護2	3,930	393	要介護2	4,120	412
要介護3	4,440	444	要介護3	4,660	466
要介護4	4,930	493	要介護4	5,180	518
要介護5	5,460	546	要介護5	5,720	572

・所要時間5時間以上6時間 未満

・所要時間 6時間以上7時間 未満

区分	基準額	単位数	区分	基準額	単位数
要介護1	5,220	522	要介護1	5,400	540
要介護2	6,170	617	要介護2	6,380	638
要介護3	7,120	712	要介護3	7,360	736
要介護4	8,080	808	要介護4	8,350	835
要介護5	9,030	903	要介護5	9,340	934

・所要時間7時間以上8時間 未満

区分	基準額	単位数
要介護1	6,040	604
要介護2	7,130	713
要介護3	8,260	826
要介護4	9,410	941
要介護5	10,540	1,054

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の0.1%に相当する単位数を算定します。

※感染症又は災害の発生を理由に前年度よりも5%の利用減少の際には、1回につき3%が所定単位数に加算されます。

通常算定する加算

加算の種類	基準額	単位数	加算の種類	基準額	単位数
入浴介助Ⅰ	400	40	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22
個別機能訓練加算Ⅰロ	850	85	認知症加算(Ⅲa以上の方のみ)	600	60
個別機能訓練加算Ⅱ	200	20/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
ADL維持等加算Ⅱ	600	60/月	※1 介護費及び加算の単位数の0.023%に相当する額		
科学的介護推進体制加算	400	40/月			

以下は要件が整った際に算定となる加算

口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20/6ヶ月	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	160
口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	5/6ヶ月	*入浴介助Ⅱ	550	55
若年性認知症利用者受入加算	600	60	*利用者の状況により入浴加算Ⅱ(55)を算定する場合があります。		

その他の費用(全額自己負担)

食費(おやつ・お茶込)	キャンセル(前日17時以降)	パッド(原則持込)	おむつ(原則持込)	時間外(通常の時間を超える場合)
694円	694円	50円/1枚	100円/1枚	600円/1時間

第1号通所事業

ひと月あたりの利用料

区分	基準額	単位数
事業対象・要支援1	16,720	1,672
要支援2	34,280	3,428

※月額単位の包括利用料金となります。

※ただし初回利用月は契約日からの日割り計算となります。

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の0.1%に相当する単位数を算定します。

通常算定する加算

加算の種類	基準額	単位数	加算の種類	基準額	単位数
運動機能向上加算	2,250	225	科学的介護推進体制加算	400	40
サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	88	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援2)	1,760	176	※1 介護費及び加算の単位数の0.023%に相当する額		

以下は要件が整った際に算定となる加算

口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500	150	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4,800	480
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	160	若年性認知症利用者受入加算	2,400	240

その他の費用(全額自己負担)

食費(おやつ・お茶込)	パッド(原則持込)	おむつ(原則持込)
694円	50円/1枚	100円/1枚