

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

※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	科学的介護推進体制加算	400	40/月
入浴介助Ⅱ	550	55	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22
個別機能訓練加算Ⅰ口	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	介護職員等 ^ハ -スアップ等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20/6ヶ月			

※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額

※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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・栄養スクリーニングⅡ	50	5/6ヶ月	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	600	60			

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)
720円	720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。

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	介護職員等 ^ハ ・スアップ ^ホ 等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20/6ヶ月	※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額		
			※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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)
720円	50円/1枚	100円/1枚

2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	686	要介護1	3,600	720
要介護2	3,930	786	要介護2	4,120	824
要介護3	4,440	888	要介護3	4,660	932
要介護4	4,930	986	要介護4	5,180	1036
要介護5	5,460	1092	要介護5	5,720	1144

・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	1044	要介護1	5,400	1080
要介護2	6,170	1234	要介護2	6,380	1276
要介護3	7,120	1424	要介護3	7,360	1472
要介護4	8,080	1616	要介護4	8,350	1670
要介護5	9,030	1806	要介護5	9,340	1868

・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	1208
要介護2	7,130	1426
要介護3	8,260	1652
要介護4	9,410	1,882
要介護5	10,540	2,108

※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	80	科学的介護推進体制加算	400	80/月
入浴介助Ⅱ	550	110	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	44
個別機能訓練加算Ⅰ口	850	170	認知症加算(Ⅲa以上の方のみ)	600	120
個別機能訓練加算Ⅱ	200	40/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※①	※①
ADL維持等加算Ⅱ	600	120/月	介護職員等 ^ハ -スアップ ^ブ 等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	40/6ヶ月			

※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額

※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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・栄養スクリーニングⅡ	50	100/6ヶ月	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	320
若年性認知症利用者受入加算	600	120			

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)
720円	720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	3,344
要支援2	34,280	6,856

※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。

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	450	科学的介護推進体制加算	400	80
サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	176	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	352	介護職員等 ^ハ ・スアップ ^ホ 等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	40/6ヶ月	※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額		
			※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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	300	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4,800	960
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	320	若年性認知症利用者受入加算	2,400	480

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)
720円	50円/1枚	100円/1枚

3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	1029	要介護1	3,600	1080
要介護2	3,930	1179	要介護2	4,120	1236
要介護3	4,440	1332	要介護3	4,660	1398
要介護4	4,930	1479	要介護4	5,180	1554
要介護5	5,460	1638	要介護5	5,720	1716

・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	1566	要介護1	5,400	1620
要介護2	6,170	1851	要介護2	6,380	1914
要介護3	7,120	2136	要介護3	7,360	2208
要介護4	8,080	2424	要介護4	8,350	2505
要介護5	9,030	2709	要介護5	9,340	2802

・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	1812
要介護2	7,130	2139
要介護3	8,260	2478
要介護4	9,410	2,823
要介護5	10,540	3,162

※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	120	科学的介護推進体制加算	400	120/月
入浴介助Ⅱ	550	165	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	66
個別機能訓練加算Ⅰ口	850	255	認知症加算(Ⅲa以上の方のみ)	600	180
個別機能訓練加算Ⅱ	200	60/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※①	※①
ADL維持等加算Ⅱ	600	180/月	介護職員等 ^ハ - ^ス アップ等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	60/6ヶ月			

※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額

※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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・栄養スクリーニングⅡ	50	150/6ヶ月	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	480
若年性認知症利用者受入加算	600	180			

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)
720円	720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	5,016
要支援2	34,280	10,284

※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。

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	675	科学的介護推進体制加算	400	120
サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	264	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	528	介護職員等 ^ハ ・スアップ ^ホ 等支援加算	※②	※②
口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	60/6ヶ月			

※① 介護費及び加算の単位数の2.3%に相当する額

※② 介護費及び加算の単位数の1.1%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	450	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4,800	1440
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	480	若年性認知症利用者受入加算	2,400	720

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)
720円	50円/1枚	100円/1枚