

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。 ※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

・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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
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			※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001に相当する単位数を算定します。
区分	基準額	利用者負担額	
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	

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額) ・以下はサービス内容により上記利用者負担額に加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
入浴介助Ⅰ	400	40	栄養アセスメント	500	50/月
入浴介助Ⅱ	550	55	栄養改善加算	2,000	200
中重度ケア体制加算	450	45	口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	100/3月	口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	5
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	200/月	口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	150
個別機能訓練加算Ⅰイ	560	56	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	160
個別機能訓練加算Ⅰロ	850	85	科学的介護推進体制加算	400	40/月
個別機能訓練加算Ⅱ	200	20/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22
ADL維持等加算Ⅰ	300	30/月	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	18
ADL維持等加算Ⅱ	600	60/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
認知症加算	600	60	特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2
若年性認知症利用者受入加算	600	60	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額  
 ※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額  
 ※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

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)
712円	712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	利用者負担額
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1000分の1001に相当する単位数を算定します。

### 保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額が加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
生活機能向上グループ活動加算	1,000	100	栄養アセスメント加算	500	50
運動機能向上加算	2,250	225	事業所評価加算	1,200	120
若年性認知症利用者受入加算	2,400	240	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	88
栄養改善加算	2,000	200	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援2)	1,760	176
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500	150	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援1)	720	72
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	160	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援2)	1,440	144
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4,800	480	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援1)	240	24
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	7,000	700	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援2)	480	48
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	100	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200	20
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	200	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50	5
介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1	科学的介護推進体制加算	400	40
特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額

※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

### 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)
712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。 ※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

・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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
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	利用者負担額
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

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001に相当する単位数を算定します。

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額が加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
入浴介助Ⅰ	400	80	栄養アセスメント	500	100/月
入浴介助Ⅱ	550	110	栄養改善加算	2,000	400
中重度ケア体制加算	450	90	口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	40
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	200/3月	口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	10
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	400/月	口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	300
個別機能訓練加算Ⅰイ	560	112	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	320
個別機能訓練加算Ⅰロ	850	170	科学的介護推進体制加算	400	80/月
個別機能訓練加算Ⅱ	200	40/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	44
ADL維持等加算Ⅰ	300	60/月	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	36
ADL維持等加算Ⅱ	600	120/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
認知症加算	600	120	特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2
若年性認知症利用者受入加算	600	120	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額

※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

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)
712円	712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	利用者負担額
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。

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001に相当する単位数を算定します。

### 保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額が加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
生活機能向上グループ活動加算	1000	200	栄養アセスメント加算	500	100
運動機能向上加算	2250	450	事業所評価加算	1,200	240
若年性認知症利用者受入加算	2400	480	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	176
栄養改善加算	2000	400	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援2)	1,760	352
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1500	300	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援1)	720	144
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1600	320	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援2)	1,440	288
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4800	960	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援1)	240	48
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	7000	1400	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援2)	480	96
生活機能向上連携加算Ⅰ	1000	200	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200	40
生活機能向上連携加算Ⅱ	2000	400	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50	10
介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1	科学的介護推進体制加算	400	80
特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額

※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

### 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)
712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。 ※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

・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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
要介護1	3,430	1,029	要介護1	3,600	1,080
要介護2	3,930	1,179	要介護2	4,120	1,236
要介護3	4,440	1,332	要介護3	4,660	1,398
要介護4	4,930	1,479	要介護4	5,180	1,554
要介護5	5,460	1,638	要介護5	5,720	1,716

・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	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
要介護1	5,220	1,566	要介護1	5,400	1,620
要介護2	6,170	1,851	要介護2	6,380	1,914
要介護3	7,120	2,136	要介護3	7,360	2,208
要介護4	8,080	2,424	要介護4	8,350	2,505
要介護5	9,030	2,709	要介護5	9,340	2,802

・所要時間7時間以上8時間 未満

区分	基準額	利用者負担額
要介護1	6,040	1,812
要介護2	7,130	2,139
要介護3	8,260	2,478
要介護4	9,410	2,823
要介護5	10,540	3,162

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001に相当する単位数を算定します。

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額が加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
入浴介助Ⅰ	400	120	栄養アセスメント	500	150/月
入浴介助Ⅱ	550	165	栄養改善加算	2,000	600
中重度ケア体制加算	450	135	口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	60
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	300/3月	口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	15
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	600/月	口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	450
個別機能訓練加算Ⅰイ	560	168	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	480
個別機能訓練加算Ⅰロ	850	255	科学的介護推進体制加算	400	120/月
個別機能訓練加算Ⅱ	200	60/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	66
ADL維持等加算Ⅰ	300	90/月	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	54
ADL維持等加算Ⅱ	600	180/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
認知症加算	600	180	特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2
若年性認知症利用者受入加算	600	180	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額

※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

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)
712円	712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	利用者負担額
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。

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001に相当する単位数を算定します。

### 保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額が加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
生活機能向上グループ活動加算	1000	300	栄養アセスメント加算	500	150
運動機能向上加算	2250	675	事業所評価加算	1,200	360
若年性認知症利用者受入加算	2400	720	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	264
栄養改善加算	2000	600	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援2)	1,760	528
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1500	450	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援1)	720	216
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1600	480	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援2)	1,440	432
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4800	1440	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援1)	240	72
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	7000	2100	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援2)	480	144
生活機能向上連携加算Ⅰ	1000	300	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200	60
生活機能向上連携加算Ⅱ	2000	600	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50	15
介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1	科学的介護推進体制加算	400	120
特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額

※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

### 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)
712円	50円/1枚	100円/1枚