

デイサービスセンター 松風園 利用料金表

令和6年6月1日より

○●○ 基本利用料 ○●○

(1) 施設サービス費

《 通所介護 》

1回あたりの単位数

通常規模	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2～3時間	272	311	351	392	432
3～4時間	370	423	479	533	588
4～5時間	388	444	502	560	617
5～6時間	570	673	777	880	984
6～7時間	584	689	796	901	1,008
7～8時間	658	777	900	1,023	1,148
8～9時間	669	791	915	1,041	1,168

- 【加算】 ○ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 /回
 ○ 若年性認知症利用者受入加算 60単位 /日
 ○ 事業所が送迎を行わない場合、片道につき 47単位が減算されます。
 ○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 /回
 ○ 科学的介護推進体制加算 40単位 /月
 ○ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 9.2%
 月額サービス費の合計単位数×上記の割合により算出されます。

《 新潟市・第一号通所事業(介護予防・日常生活支援総合事業) 》

1ヶ月あたりの単位数

ご利用区分	利用回数	基本	加 算		
			科学的介護 推進体制加算	サービス提供体 制強化加算Ⅰ	介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)
要支援1 又は 週1回程度利用 の事業対象者	1回	436	40	88	月額合計 単位数 × 9.2%
	2回	872			
	3回	1,308			
	4回以上	1,798			
要支援2 又は 週2回程度利用 の事業対象者	1回	447	40	176	月額合計 単位数 × 9.2%
	2回	894			
	3回	1,341			
	4回	1,788			
	5回	2,235			
	6回	2,682			
	7回	3,129			
	8回以上	3,621			

- 【加算】 ○ 若年性認知症利用者受入加算 240単位 /月
 (新設) ○ 事業所が送迎を行わない場合、片道につき 47単位が減算されます。

※ 地域区分(7級地) 1単位＝10.14円

上記の月額単位数の合計に 10.14 を乗じた金額が、サービス費の合計となります。
 ご負担額は、利用者様の負担割合によって異なります。

※ 保険対象の利用日を超えた場合は、利用料の全額(10割)をご負担いただきます。

(2) 食 費

昼食代	1回あたり 670円
-----	------------