

長潟スワンの里 通所介護 ご利用料金表

(営業時間 8 時 30 分～17 時 30 分)

令和 8 年 6 月 1 日 改定

介護保険対象

【基本料金】金額(1 日当たり)/円 サービス提供時間は、次の(1)または(2)のうち、いずれかを選択

(1) 9 時 25 分～13 時 30 分(4 時間以上 5 時間未満)

要介護度	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額一例※1		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	388	3,934 円	394 円	787 円	1,181 円
要介護 2	444	4,502 円	451 円	901 円	1,351 円
要介護 3	502	5,090 円	509 円	1,018 円	1,527 円
要介護 4	560	5,678 円	568 円	1,136 円	1,704 円
要介護 5	617	6,256 円	626 円	1,252 円	1,877 円

(2) 9 時 25 分～16 時 30 分(7 時間以上 8 時間未満)

要介護度	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額一例※1		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	658	6,672 円	668 円	1,335 円	2,002 円
要介護 2	777	7,878 円	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 3	900	9,126 円	913 円	1,826 円	2,738 円
要介護 4	1,023	10,373 円	1,038 円	2,075 円	3,112 円
要介護 5	1,148	11,640 円	1,164 円	2,328 円	3,492 円

【加算】金額(1 日当たり)/円

項目(内容)	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額一例※1		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	40	405 円	41 円	81 円	122 円
入浴介助加算(Ⅱ)	55	557 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)口※2	76	770 円	77 円	154 円	231 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)※3	20	202 円	21 円	41 円	61 円
認知症加算※4	60	608 円	61 円	122 円	183 円
栄養アセスメント加算※3	50	507 円	51 円	102 円	153 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)※5	160	1,622 円	163 円	325 円	487 円
科学的介護推進体制加算※3	40	405 円	41 円	81 円	122 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	223 円	23 円	45 円	67 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口※3	利用単位数の 12.0%		-円	-円	-円
必要に応じて、その他の加算が発生します。・若年性認知症利用者受入加算※6 1 日 60 単位(608 円)					

※1 負担割合はご利用者本人の前年の所得に応じて決まります。

※2 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 人しか確保できない日がある場合、当日は個別機能訓練加算Ⅰイ(1 日 56 単位(567 円))を算定致します。

※3 金額(1 月当たり)/円。

※4 日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳまたは M に該当する方が本加算の対象です。

※5 本サービスの利用は 1 月に 2 回が限度です。

※6 本人・ご家族・ケアマネジャー・かかりつけ医・当事業所の職員等で相談の上の対象となります。なお、認知症加算を算定している場合はこの限りではありません。

※介護保険対象のご利用料金は、地域区分による報酬単位(1 単位 10.14 円)を反映したものです。ご利用の回数によって若干の誤差が生じま

す。

※事業者が送迎を実施しない日があった場合、当日料金の減額が発生致します。(片道-476 円)

※時限的な加算等は標記しておりません。

介護保険対象外

【昼食代等】金額(1 回当たり)/円

項 目	ご利用料金	備 考
昼食代	800 円	-
おやつ代	100 円	サービス提供時間(1)を利用されている方は対象外です。
日曜教室・その他の日常生活費	実 費	その他の日常生活費とは、利用者の希望によって、身の回り品、教養娯楽として日常生活に必要なものを当該事業が提供する場合にかかる費用

長潟スワンの里 介護予防通所介護相当サービス ご利用料金表

(営業時間 8 時 30 分～17 時 30 分)

令和 8 年 6 月 1 日 改定

介護保険対象

【基本料金】金額/円 サービス提供時間 (1)9 時 25 分～13 時 30 分、(2)9 時 25 分～16 時 30 分のうち、いずれかを選択

項 目	取扱要件	単位数	ご利用料金	ご利用者負担額一例※1		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
1 月 当たり	事業対象者・要支援 1 (1 月の中で計 4 回以上)	1,798	18,231 円	1,824 円	3,647 円	5,470 円
	事業対象者・要支援 2 (1 月の中で計 8 回以上)	3,621	36,716 円	3,672 円	7,344 円	11,015 円
1 回 当たり	事業対象者・要支援 1 (1 月の中で計 3 回まで)	436	4,421 円	443 円	885 円	1,327 円
	事業対象者・要支援 2 (1 月の中で計 7 回まで)	447	4,532 円	454 円	907 円	1,360 円

当事業所では、サービス提供時間の長短に関わらず、上記の基本料金が適用されます。

【加算】金額(1 月当たり)/円

項目(内容)		単位数	ご利用料金	ご利用者負担額一例※1		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
生活機能向上グループ活動加算※2		100	1,014 円	102 円	203 円	305 円
栄養アセスメント加算		50	507 円	51 円	102 円	153 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	1,622 円	163 円	325 円	487 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援 1・事業対象者	88	892 円	90 円	179 円	268 円
	要支援 2・事業対象者	176	1,784 円	179 円	357 円	536 円
科学的介護推進体制加算		40	405 円	41 円	81 円	122 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口※3		利用単位数の 12.0%		-円	-円	-円

必要に応じて、その他の加算が発生します。・若年性認知症利用者受入加算※4 1 月 240 単位(2,433 円)

※1 負担割合はご利用者本人の前年の所得に応じて決まります。 ※2 同月中に口腔機能向上加算を算定している場合は、利用できません。

※3 併設の通所介護において同加算を算定、支給要件を満たしていることから、当該事業の加算としても設定しております。 ※4 ご本人・ご家族・ケアマネジャー・かかりつけ医・当事業所の職員等で相談の上の対象となります。 ※第 1 号事業対象のご利用料金は、地域区分による報酬単位(1 単位 10.14 円)を反映したものです。ご利用の回数によって若干の誤差が生じます。 ※時限的な加算等は標記しておりません。

介護保険対象外

【昼食代等】金額(1 回当たり)/円

項 目	ご利用料金	備 考
昼食代	800 円	-
おやつ代	100 円	サービス提供時間(1)を利用されている方は対象外です。
日曜教室・その他の日常生活費	実 費	その他の日常生活費とは、利用者の希望によって、身の回り品、教養娯楽として日常生活に必要なものを当該事業が提供する場合にかかる費用