

デイサービス利用料金表 令和6年6月1日改定

デイサービスセンター（通所介護）サービスご利用時に係る費用の概算です。
介護サービス利用料金+その他の費用が必要となります。

* 介護サービス利用料金 *

介護予防通所サービス（1月に係る費用）

【基本部分】

要支援1	要支援2
1,798 単位/月	3,621 単位/月

※要支援2の方が介護予防ケアマネジメントにより、週1回程度の通所が必要とされた方については、要支援1の区分が適用されます。

【加算】（要件を満たす場合）上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

項目	単位数/月
生活機能向上グループ活動加算	100 単位
若年性認知症利用者受入加算	240 単位
栄養アセスメント加算	50 単位
栄養改善加算	200 単位
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位
一体的サービス提供加算	480 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 事業対象者 要支援1	88 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援2	176 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 事業対象者 要支援1	72 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援2	144 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 事業対象者 要支援1	24 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援2	48 単位
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（3月に1回を限度）	100 単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6月に1回を限度）	20 単位
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回を限度）	5 単位
科学的介護推進体制加算	40 単位
介護職員等処遇改善加算（/月）	I 所定単位数の 92/1000 加算 II 所定単位数の 90/1000 加算 III 所定単位数の 80/1000 加算 IV 所定単位数の 64/1000 加算

※1単位を10.54円として計算します。（利用料の1割または2割・3割が自己負担）

※入浴、送迎につきましては、上記利用者負担金額に含まれております。

【減算】要件に該当する場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

項目	内容
定員超過	100 分の 30
看護・介護職員配置欠如	100 分の 30
1. 同一建物減算 2. 送迎の利用がない場合	事業対象者 要支援 1 376 単位／月 要支援 2 752 単位／月
高齢者虐待防止措置未実施減算	事業対象者 要支援 1 18 単位／月 要支援 2 36 単位／月
業務継続計画未策定減算	事業対象者 要支援 1 18 単位／月 要支援 2 36 単位／月
事業者が送迎を行わない場合	(片道につき) 47 単位

※業務継続計画未策定減算については、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に対する具体的計画の策定を行っている場合には、令和 7 年 3 月 31 日までの間適用しない。

通常規模型通所介護費（1日に係る費用）

介護度	単位数	入浴加算 I	サービス提供体制強化加算 I	合計単位数	介護員処遇改善加算 I	金額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	658	40	22	720	66	¥ 8,284	¥ 829	¥ 1,657	¥ 2,486
要介護 2	777	40	22	839	77	¥ 9,654	¥ 966	¥ 1,931	¥ 2,897
要介護 3	900	40	22	962	89	¥ 11,077	¥ 1,108	¥ 2,216	¥ 3,324
要介護 4	1,023	40	22	1,085	100	¥ 12,489	¥ 1,249	¥ 2,498	¥ 3,747
要介護 5	1,148	40	22	1,210	111	¥ 13,923	¥ 1,393	¥ 2,785	¥ 4,177

※送迎につきましては、単位数に含まれております。送迎を行わない場合は 47 単位（約 50 円, 100 円, 150 円）減算致します。

※入浴加算を含めて計算しております。入浴されない場合は入浴分を除いて請求いたします。

【加算】（要件を満たす場合）上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

項目	単位数	金額 (円)	利用者負担		
			(1割)	(2割)	(3割)
生活機能向上連携加算Ⅰ（/月）3月に一度	100	1054	106	211	317
生活機能向上連携加算Ⅱ（/月）	200	2108	211	422	633
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（/日）*	56	590	59	118	177
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ（/日）*	76	801	81	161	241
個別機能訓練加算（Ⅱ）（/月）	20	210	21	42	63
A D L維持等加算（Ⅰ）（/月）*	30	316	32	64	95
A D L維持等加算（Ⅱ）（/月）*	60	632	64	127	190
認知症加算（/日）	60	632	64	127	190
若年性認知症利用者受入加算（/日）	60	632	64	127	190
栄養アセスメント加算（/月）	50	527	53	106	159
栄養改善加算（/回）月2回を限度	200	2108	211	422	633
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（/回）*	20	210	21	42	63
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（/回）*	5	52	6	11	16
口腔機能向上加算（Ⅰ）（/回）月2回を限度*	150	1581	159	317	475
口腔機能向上加算（Ⅱ）（/回）月2回を限度*	160	1686	169	338	506
科学的介護推進体制加算（/月）	40	421	43	85	127

- ・個別機能訓練加算を算定している場合、生活機能向上連携加算（Ⅰ）は算定しない
- ・個別機能訓練加算を算定している場合、生活機能向上連携加算（Ⅱ）は100単位/月を加算する
- ・若年性認知症利用者受入加算を算定している場合、認知症加算は算定しない
- ・栄養改善加算を受けている間及び栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない
- ・当該施設以外で口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は、口腔・栄養スクリーニング加算は算定しない
- ・*の項目についてはイロまたは（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれかの加算のみを算定する

*介護職員等処遇改善加算Ⅰは合計単位数に9.2%を乗じて計算しております。

- 1 上記の金額は参考までに算定しました。多少変更が生じます。
- 2 介護報酬額は保険者から9割または8割が支払われ、残り1割または2・3割は自己負担となります。（介護保険負担割合証に基づきます。）
- 3 要介護等の認定を受けた方で利用者の都合により、介護保険の給付を受けない場合は10割（全額）が自己負担となります。

*基本時間を超える方は延長料金をいただきます。

* その他の費用 *

食事代	昼食費	¥ 600
	おやつ代	¥ 100
おむつ代	紙おむつ	¥ 200
	紙パンツ	¥ 110
	布パンツ (トランクス)	¥ 150
	尿パット	¥ 30
バスタオルレンタル (希望者のみ) 1枚		¥ 120
写真代	写真1枚 Lサイズ	¥ 40
	パノラマ写真1枚	¥ 130
特別行事等		全額自己負担