「地域密着型通所介護」「指定相当通所型サービス」「通所型サービス A」

デイサービスセンターおうようかん 料金表

(令和7年5月1日現在)

① 地域密着型通所介護（要介護1～5）

利用料金の介護報酬の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

地域密着型通所介護（要介護1～5） 料金表

サービス提供時間帯 9：00～16：00

(介護保険適用時の1日 [時間帯7時間以上8時間未満] の利用の自己負担額 (1割))

区 分		要介護状態別による利用料 (個人負担/1割) (円)				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬	基本利用料	753	890	1032	1172	1312
	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6/回				
	個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ	76/日				
	入浴介助加算 (Ⅰ)	40/日				
	※口腔・栄養スクリーニング加算	※ (加算Ⅰ…20/6ヶ月 加算Ⅱ…5/6ヶ月)				
	※口腔機能向上加算 (Ⅱ)	※ (160/回 (1ヶ月に2回まで))				
	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20/月				
	科学的介護推進体制加算	40/月				
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	(基本利用料+加算) × 9.0%				
実費	昼食材料費 (おやつ代含)	600円/日				

1日あたりの合計額 (昼食材料費を含む)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	1560	1709	1864	2017	2169

合計額は1ヶ月=30日として、「6か月に1回のみ算定の口腔・栄養スクリーニング加算」と「口腔ケアの必要がある場合のみ算定の口腔機能向上加算」を含めず、週2回・月9回利用で計算した金額です。

注) 口腔・栄養スクリーニング加算は、口腔機能向上加算を算定していない場合は 加算Ⅰ…20 算定している場合は 加算Ⅱ…5 となります。

注) 口腔機能向上加算 (Ⅱ) は、特に口腔ケアが必要な場合のみ算定となります。

注) 職員が送迎を行わない場合(ご家族様が送迎を行う場合等)、送迎減算により片道につき (47/回) が上記料金表から差し引かれます。

② 指定相当通所型サービス（要支援1～2・事業対象者）

利用料金表介護報酬の額は大曲仙北広域市町村圏組合が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

指定相当通所型サービス 料金表

サービス提供時間帯 9：00～16：00（うち、送迎を除く3時間以上の利用）

（介護保険適用時の 1か月利用の自己負担額（1割））

区 分		要支援状態別による利用料（個人負担／1割）（円）	
		要支援1 事業対象者（週1回）	要支援2 事業対象者（週2回）
介護報酬 加算	基本利用料	1,798	3,621
	※口腔・栄養スクリーニング加算	（加算I…20/6ヶ月 加算II…5/6ヶ月）	
	※口腔機能向上加算（II）	（160）	（160）
	サービス提供体制強化加算（III）	24	48
	科学的介護推進体制加算	40	40
介護職員処遇改善加算（II）		（基本利用料+各加算）×9.0%	
介護保険負担分合計／月		2,029	4,042

合計額は「6カ月に1回のみ算定の口腔・栄養スクリーニング加算」「口腔ケアの必要がある場合のみ算定の口腔機能向上加算」を含めず計算した金額です。

注）口腔・栄養スクリーニング加算は、口腔機能向上加算を算定していない場合は 加算I…20 算定している場合は 加算II…5 となります。

1日あたりの金額	要支援1／月5回	要支援2／月9回
介護保険負担分合計／日	405	449

注）1回利用ごとに食事材料費（おやつ代含）600円が、上記金額に加算されます。その場合の1日あたりの合計額は下の料金表になります。

1日あたりの合計額 （昼食材料費を含む）	要支援1／月5回	要支援2／月9回
	1,005	1,049

注）要支援1・事業対象者（週1回）が月4回以下の利用の場合、基本利用料が月額ではなく、436／回になります。要支援2・事業対象者が月8回以下の利用の場合、基本利用料が月額ではなく、447／回になります。

③ 通所型サービスA（事業対象・要支援1～2）

利用料金表介護報酬の額は大曲仙北広域市町村圏組合が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

通所型サービスA 料金表

サービス提供時間帯 9：00～16：00（うち、送迎を除く2時間以上の利用）

※事業対象・要支援1～2で2時間以上3時間未満の短時間を希望の方が対象

（介護保険適用時の1回利用の自己負担額（1割））

	事業対象者	要支援1	要支援2
基本利用料		359	

注) ご要望に応じて入浴サービスを提供します。その場合、1回入浴ごとに実費420円が、上記金額に加算されます。

注) ご要望に応じて昼食・おやつを提供します。その場合、1回ごとに食事材料費として昼食+おやつは600円、おやつのみは100円が、上記金額に加算されます。