

(重要事項説明書別紙)

「デイサービス(地域密着型通所介護)」料金表

令和7年4月1日

【基本サービス】 地域区分 7級地 1単位 10.14 円

利用時間	介護度	単位数	利用料金	自己負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	要介護1	416	¥4,218	¥666	¥1,332	¥1,998
	要介護2	478	¥4,847	¥786	¥1,573	¥2,360
	要介護3	540	¥5,476	¥908	¥1,817	¥2,725
	要介護4	600	¥6,084	¥1,027	¥2,054	¥3,081
	要介護5	663	¥6,723	¥1,149	¥2,299	¥3,449
4時間以上5時間未満	要介護1	436	¥4,421	¥666	¥1,332	¥1,998
	要介護2	501	¥5,080	¥786	¥1,573	¥2,360
	要介護3	566	¥5,739	¥908	¥1,817	¥2,725
	要介護4	629	¥6,378	¥1,027	¥2,054	¥3,081
	要介護5	695	¥7,047	¥1,149	¥2,299	¥3,449
5時間以上6時間未満	要介護1	657	¥6,662	¥666	¥1,332	¥1,998
	要介護2	776	¥7,869	¥786	¥1,573	¥2,360
	要介護3	896	¥9,085	¥908	¥1,817	¥2,725
	要介護4	1,013	¥10,272	¥1,027	¥2,054	¥3,081
	要介護5	1,134	¥11,499	¥1,149	¥2,299	¥3,449
6時間以上7時間未満	要介護1	678	¥6,875	¥687	¥1,374	¥2,062
	要介護2	801	¥8,122	¥812	¥1,624	¥2,436
	要介護3	925	¥9,380	¥937	¥1,875	¥2,813
	要介護4	1,049	¥10,637	¥1,063	¥2,127	¥3,191
	要介護5	1,172	¥11,884	¥1,188	¥2,376	¥3,565

※ご利用1回あたりの料金です。

【各種加算減算(要介護1～5共通)】

入浴介助加算(Ⅰ)	(1日につき)	40	¥406	¥40	¥81	¥121
入浴介助加算(Ⅱ)	(1日につき)	55	¥558	¥55	¥111	¥167
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(3か月1回)	300	¥3,042	¥304	¥608	¥912
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1月につき)	200	¥2,028	¥202	¥405	¥608
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	(1日につき)	56	¥568	¥56	¥113	¥170
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	(1日につき)	76	¥771	¥77	¥154	¥231
個別機能訓練加算(Ⅱ)	(1日につき)	20	¥203	¥20	¥40	¥60
ADL維持等加算(Ⅰ)	(1月につき)	30	¥304	¥30	¥60	¥91
ADL維持等加算(Ⅱ)	(1月につき)	60	¥608	¥60	¥121	¥182
栄養アセスメント加算	(1月につき)	50	¥507	¥50	¥101	¥152
栄養改善加算	(1回につき、月2回まで)	200	¥2,028	¥202	¥405	¥608
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	(6月に1回)	20	¥203	¥20	¥40	¥60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	(6月に1回)	5	¥51	¥5	¥10	¥15
口腔機能向上加算(Ⅰ)	(月2回まで)	150	¥1,521	¥152	¥304	¥456
口腔機能向上加算(Ⅱ)	(月2回まで)	160	¥1,622	¥162	¥324	¥486
科学的介護推進体制加算	(1月につき)	40	¥406	¥40	¥81	¥121
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1回につき)	22	¥223	¥22	¥44	¥66
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1回につき)	18	¥183	¥18	¥36	¥54
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1回につき)	6	¥61	¥6	¥12	¥18
同一建物減算	(1日につき)	-94	¥-953	¥-95	¥-190	¥-285

毎月算定した総単位の％分の一部負担金をいただきます。(1月につき)	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	5.9%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	4.3%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	2.3%
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	1.2%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算(Ⅱ)	1.1%

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員等処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合に応じた自己負担が発生します（1割～3割）

※5 同一建物等居住者へのサービス提供割合が基準率を超えた場合、行政が定める「同一建物減算」（減算率10％～12％）が適用されます。

詳しくは「介護給付費単位数等サービスコード表」をご覧ください。ご担当のケアマネージャーへお問合せください。

【保険外サービス（外税）】（1回につき）

口腔ケア用品	100
口腔ケア用品（新規）	300
昼食代	550
行事食	1,100

本書面により、事業所から説明を受け同意しました。

令和 7 年 4 月 1 日

利用者（氏名）

代理人または立会人等（氏名）
