

# デイサービスセンター幸良 利用料金表(令和7年4月改定)

デイサービスセンター(地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス)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>厚生労働大臣の定める基準によるもの

ご利用料の負担割合は、お手元の「介護保険証負担割合証」にてご確認ください。

### ●第1号通所事業・通所介護相当サービスの利用料(利用者負担額1割の場合)

| 介護度  |            | 基本料金(月) | 口腔機能向上<br>加算Ⅱ<br>(月1回) | 科学的<br>介護推進体制加算<br>(月) | 処遇改善<br>加算Ⅱ<br>(月)        | 送迎減算<br>(片道)        |
|------|------------|---------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| 要支援1 | 週1回程度      | 1,879円  | 167円                   | 42円                    | 所定<br>単位数<br>の<br>90/1000 | 基本料金<br>から49円<br>減額 |
|      | 日割り(週1回程度) | 62円     |                        |                        |                           |                     |
| 要支援2 | 週2回程度      | 3,784円  |                        |                        |                           |                     |
|      | 日割り(週2回程度) | 124円    |                        |                        |                           |                     |
|      | 週1回程度      | 1,879円  |                        |                        |                           |                     |
|      | 日割り(週1回程度) | 62円     |                        |                        |                           |                     |

※口腔機能向上加算は、算定要件該当者のみの算定となります。

※日割り・・・ショートステイ等利用の場合、基本単位は日割り計算となります

### ●地域密着型通所介護費(利用者負担額1割の場合)

| 介護度  | 基本料<br>金<br>(回) | 個別機能<br>訓練加算<br>Ⅰ1<br>(回) | 個別機能<br>訓練加算<br>Ⅰ2<br>(回) | 個別機能<br>訓練加算<br>Ⅱ<br>(月) | ADL維持等<br>加算Ⅰ<br>(月) | 入浴介助<br>加算Ⅱ<br>(回) | 科学的<br>介護推進<br>体制<br>加算(月) | 口腔<br>機能<br>向上<br>加算Ⅱ<br>(月2回) | 処遇改善<br>加算Ⅱ<br>(月) | 送迎減算<br>(片道) |
|------|-----------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------|
| 要介護1 | 435円            | 59円                       | 79円                       | 21円                      | 31円                  | 57円                | 42円                        | 334円                           | 所定単位数の<br>90/1000  | 基本料金から49円減額  |
| 要介護2 | 500円            |                           |                           |                          |                      |                    |                            |                                |                    |              |
| 要介護3 | 564円            |                           |                           |                          |                      |                    |                            |                                |                    |              |
| 要介護4 | 627円            |                           |                           |                          |                      |                    |                            |                                |                    |              |
| 要介護5 | 693円            |                           |                           |                          |                      |                    |                            |                                |                    |              |

※送迎は、上記利用負担金額に含まれております。

※個別機能訓練加算(Ⅰ1)および(Ⅰ2)は、機能訓練指導員が研修等で不在の場合は算定されません。

※口腔機能向上加算は、算定要件該当者のみの算定となります。

※利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価10.45円を乗じて算定し、利用者負担はその1～3割の額となります。

※負担割合は、ご自身の負担割合証で確認下さい。

※最終的には一ヶ月の総単位数で計算されるため、上表の利用者負担額と若干の誤差を生じる場合があります。

※介護保険料の滞納があった場合、その滞納期間に応じ利用者負担額に変更が生じる場合があります。

## <その他の費用> 厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに、以下の費用がかかります。

下記費用は「介護保険負担割合証」の割合に関係なく、すべてのご利用者様が同料金となります。

|                          |                   |             |
|--------------------------|-------------------|-------------|
| 飲食代                      |                   | 1日 150円     |
| 通常事業の実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用 | 事業所から片道10km以下のとき  | 無料          |
|                          | 事業所から片道10kmを超えるとき | 1回 300円(往復) |
| おむつ、リハビリパンツ代(※A)         |                   | 1枚 200円程度   |
| パッド代(※B)                 |                   | 1枚 100円程度   |
| マスク代(※C)                 |                   | 1枚 30円程度    |

※A・B・Cは、来所時にご持参頂ければ料金はかかりません。