

(付表) 令和8年6月1日～

## 利用料金表

悠生園デイサービスセンター 事業所番号(4073200026)

1. 指定通所介護事業 厚生労働大臣の定める基準によるもの(単位数)

大規模型通所介護(Ⅱ)

1 単位あたりの単価 10.27 円 [地域区分加算(6 級地)]を乗じて算定

| 所要時間             | 要介護度 | 基本<br>単位<br>(送迎<br>含む)<br><br>*1 | 加算                        |                                  |                         | 単位数<br>合計 | 介護職員<br>等<br>処遇改善<br>加算Ⅰロ<br>(概算)<br><br>*4 | 利用者負担額 *5             |                       |                       |
|------------------|------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                  |      |                                  | 入浴介<br>助加算<br>Ⅰ<br><br>*2 | 個別機<br>能訓練<br>加算<br>Ⅰロ<br><br>*3 | サービ<br>ス提供<br>体制加<br>算Ⅰ |           |                                             | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 3 時間以上<br>4 時間未満 | 要介護1 | 345                              | 40                        | 76                               | 22                      | 483       | 58                                          | 555                   | 1,111                 | 1,666                 |
|                  | 要介護2 | 395                              |                           |                                  |                         | 533       | 64                                          | 613                   | 1,226                 | 1,839                 |
|                  | 要介護3 | 446                              |                           |                                  |                         | 584       | 70                                          | 671                   | 1,343                 | 2,014                 |
|                  | 要介護4 | 495                              |                           |                                  |                         | 633       | 76                                          | 728                   | 1,456                 | 2,184                 |
|                  | 要介護5 | 549                              |                           |                                  |                         | 687       | 82                                          | 789                   | 1,579                 | 2,369                 |
| 4 時間以上<br>5 時間未満 | 要介護1 | 362                              |                           |                                  |                         | 500       | 60                                          | 575                   | 1,150                 | 1,725                 |
|                  | 要介護2 | 414                              |                           |                                  |                         | 552       | 66                                          | 634                   | 1,269                 | 1,904                 |
|                  | 要介護3 | 468                              |                           |                                  |                         | 606       | 73                                          | 697                   | 1,394                 | 2,091                 |
|                  | 要介護4 | 521                              |                           |                                  |                         | 659       | 79                                          | 757                   | 1,515                 | 2,273                 |
|                  | 要介護5 | 575                              |                           |                                  |                         | 713       | 86                                          | 820                   | 1,641                 | 2,461                 |
| 5 時間以上<br>6 時間未満 | 要介護1 | 525                              |                           |                                  |                         | 663       | 80                                          | 763                   | 1,526                 | 2,289                 |
|                  | 要介護2 | 620                              |                           |                                  |                         | 758       | 91                                          | 871                   | 1,743                 | 2,615                 |
|                  | 要介護3 | 715                              |                           |                                  |                         | 853       | 102                                         | 980                   | 1,961                 | 2,942                 |
|                  | 要介護4 | 812                              |                           |                                  |                         | 950       | 114                                         | 1,092                 | 2,185                 | 3,278                 |
|                  | 要介護5 | 907                              |                           |                                  |                         | 1,045     | 125                                         | 1,201                 | 2,403                 | 3,604                 |
| 6 時間以上<br>7 時間未満 | 要介護1 | 543                              |                           |                                  |                         | 681       | 82                                          | 783                   | 1,567                 | 2,350                 |
|                  | 要介護2 | 641                              |                           |                                  |                         | 779       | 93                                          | 895                   | 1,791                 | 2,686                 |
|                  | 要介護3 | 740                              |                           |                                  |                         | 878       | 105                                         | 1,009                 | 2,019                 | 3,028                 |
|                  | 要介護4 | 839                              |                           |                                  |                         | 977       | 117                                         | 1,123                 | 2,247                 | 3,370                 |
|                  | 要介護5 | 939                              |                           |                                  |                         | 1,077     | 129                                         | 1,238                 | 2,477                 | 3,715                 |

\*1…送迎を利用しなかった場合は、片道 47 単位減算

\*2…入浴等の加算サービスを提供しなかった場合は、加算の算定なし  
算定要件を満たした場合、入浴介助加算Ⅱ(1 回につき 55 単位)を算定

\*3…個別機能訓練加算計画書に基づき、機能訓練を行った場合の加算  
場合によっては、個別機能訓練加算Ⅰイ(1 回につき 56 単位)を算定

\*4…1 ヶ月の総単位数に応じて計算 (1 ヶ月の総利用単位数) × (120/1,000) 端数四捨五入

\*5…法定代理受領サービスであるときは、その 1 割の額とする。ただし、介護保険法第 49 条の 2 に規定する  
要介護被保険者及び第 59 条の 2 に規定する居宅要支援被保険者は、その 2 割(または 3 割)の額とする。

- \*6…算定要件を満たした場合、個別機能訓練加算Ⅱ(一月につき 20 単位)を算定  
 \*7…算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき 40 単位)を算定

※その他の費用

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

## 悠生園デイサービスセンター サテライトだんらん 利用料金表

### 2. 指定通所介護事業 厚生労働大臣の定める基準によるもの(単位数)

#### 大規模型通所介護(Ⅱ)

1 単位あたりの単価 10.27 円〔地域区分加算(6 級地)〕を乗じて算定

| 所要時間             | 要介護度 | 基本<br>単位<br>(送迎含<br>む)<br><br>*1 | 加算                    |                                | 単位数<br>合計 | 介 護 職<br>員等<br>処遇改<br>善<br>加算Ⅰロ<br>(概算)<br>*3 | 利用者負担額<br>*4          |                       |                       |
|------------------|------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                  |      |                                  | 入浴介<br>助加算<br>Ⅰ<br>*2 | サ ー<br>ビス提<br>供 体<br>制 加<br>算Ⅰ |           |                                               | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 3 時間以上<br>4 時間未満 | 要介護1 | 345                              | 40                    | 22                             | 407       | 49                                            | 468                   | 936                   | 1,404                 |
|                  | 要介護2 | 395                              |                       |                                | 457       | 55                                            | 525                   | 1,021                 | 1,577                 |
|                  | 要介護3 | 446                              |                       |                                | 508       | 61                                            | 584                   | 1,168                 | 1,753                 |
|                  | 要介護4 | 495                              |                       |                                | 557       | 67                                            | 640                   | 1,281                 | 1,922                 |
|                  | 要介護5 | 549                              |                       |                                | 611       | 73                                            | 702                   | 1,404                 | 2,107                 |
| 4 時間以上<br>5 時間未満 | 要介護1 | 362                              |                       |                                | 424       | 51                                            | 487                   | 975                   | 1,463                 |
|                  | 要介護2 | 414                              |                       |                                | 476       | 57                                            | 547                   | 1,094                 | 1,642                 |
|                  | 要介護3 | 468                              |                       |                                | 530       | 64                                            | 610                   | 1,220                 | 1,830                 |
|                  | 要介護4 | 521                              |                       |                                | 583       | 70                                            | 670                   | 1,341                 | 2,011                 |
|                  | 要介護5 | 575                              |                       |                                | 637       | 76                                            | 732                   | 1,464                 | 2,196                 |
| 5 時間以上<br>6 時間未満 | 要介護1 | 525                              |                       |                                | 587       | 70                                            | 674                   | 1,349                 | 2,024                 |
|                  | 要介護2 | 620                              |                       |                                | 682       | 82                                            | 784                   | 1,569                 | 2,353                 |
|                  | 要介護3 | 715                              |                       |                                | 777       | 93                                            | 893                   | 1,786                 | 2,680                 |
|                  | 要介護4 | 812                              |                       |                                | 874       | 105                                           | 1,005                 | 2,010                 | 3,016                 |
|                  | 要介護5 | 907                              |                       |                                | 969       | 116                                           | 1,114                 | 2,228                 | 3,342                 |
| 6 時間以上<br>7 時間未満 | 要介護1 | 543                              |                       |                                | 605       | 73                                            | 696                   | 1,392                 | 2,088                 |
|                  | 要介護2 | 641                              |                       |                                | 703       | 84                                            | 808                   | 1,616                 | 2,424                 |
|                  | 要介護3 | 740                              |                       |                                | 802       | 96                                            | 922                   | 1,844                 | 2,766                 |
|                  | 要介護4 | 839                              |                       |                                | 901       | 108                                           | 1,036                 | 2,072                 | 3,108                 |
|                  | 要介護5 | 939                              |                       |                                | 1,001     | 120                                           | 1,151                 | 2,302                 | 3,453                 |

\*1…送迎を利用しなかった場合は、片道 47 単位減算

\*2…入浴等の加算サービスを提供しなかった場合は、加算の算定なし

算定要件を満たした場合、入浴介助加算Ⅱ(1 回につき 55 単位)を算定

\*3…1 ヶ月の総単位数に応じて計算 (1 ヶ月の総利用単位数) × (120/1,000) 端数四捨五入

\*4…法定代理受領サービスであるときは、その 1 割の額とする。ただし、介護保険法第 49 条の 2 に規定する要介護被保険者及び第 59 条の 2 に規定する居宅要支援被保険者は、その 2 割(または 3 割)の額とする。

\*5…算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき 40 単位)を算定

※その他の費用

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

以上

### 3. 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（大野城市）

1 単位あたりの単価 10.27 円〔地域区分加算(6 級地)〕を乗じて算定

(1)通所型サービス(国基準) 利用料

<月単位>

| 対象者                     | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                         |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 事業対象者・要支援1<br>(5 回以上/月) | 1,798                       | 88                          | 1,886     | 1,936                 | 3,873                 | 5,810                 |
| 事業対象者・要支援2<br>(9 回以上/月) | 3,621                       | 176                         | 3,797     | 3,899                 | 7,799                 | 11,698                |

<1 回当たり>

| 対象者                     | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                         |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 事業対象者・要支援1<br>(4 回まで/月) | 436                         | 88                          | 524       | 538                   | 1,076                 | 1,614                 |
| 事業対象者・要支援2<br>(8 回まで/月) | 447                         | 176                         | 623       | 639                   | 1,279                 | 1,919                 |

\*1…月単位

\*介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(1ヶ月の総単位数に応じて計算)

(1ヶ月の総利用単位数)×(120/1,000)端数四捨五入の金額が上記に加わります。

\*算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき40 単位)を算定

\*送迎を利用しなかった場合は、片道47 単位減算

(2)通所型サービス A(緩和した基準) 利用料

<月単位>

| 対象者                          | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) |   |   | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                              |                             |   |   |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 事業対象者・要<br>支援 1<br>(5 回以上/月) | 1,618                       | - | - | 1,618     | 1,661                 | 3,323                 | 4,985                 |
| 事業対象者・要<br>支援 2<br>(9 回以上/月) | 3,259                       | - | - | 3,259     | 3,346                 | 6,693                 | 10,040                |

<1 回当たり>

| 対象者                          | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) |   |   | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                              |                             |   |   |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 事業対象者・要<br>支援 1<br>(4 回まで/月) | 392                         | - | - | 392       | 402                   | 805                   | 1,207                 |
| 事業対象者・要<br>支援 2<br>(8 回まで/月) | 402                         | - | - | 402       | 412                   | 825                   | 1,238                 |

\*送迎を利用しなかった場合は、片道 42 単位減算

(3)その他の費用

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

以上

#### 4. 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（福岡市）

1 単位あたりの単価 10.45 円〔地域区分加算(5 級地)〕を乗じて算定

##### (1) 介護予防型通所サービス 利用料

<月単位>

| 対象者                | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 事業対象者・要支援 1        | 1,798                       | 88                          | 1,886     | 1,970                 | 3,941                 | 5,912                 |
| 要支援 2<br>(週 2 回程度) | 3,621                       | 176                         | 3,797     | 3,967                 | 7,935                 | 11,903                |
| 要支援 2<br>(週 1 回程度) | 1,798                       | 88                          | 1,886     | 1,970                 | 3,941                 | 5,912                 |

\*1…月単位

\*介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(1 ヶ月の総単位数に応じて計算)

(1 ヶ月の総利用単位数) × (120/1,000) 端数四捨五入の金額が上記に加わります。

\*算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき 40 単位)を算定

\*送迎を利用しなかった場合は、片道 47 単位減算

##### (2) その他の費用

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

以上

## 5. 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（太宰府市）

1 単位あたりの単価 10.27 円〔地域区分加算(6 級地)〕を乗じて算定

### (1)通所型サービス(国基準) 利用料

<月単位>

| 対象者                | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 要支援 1<br>(5 回以上/月) | 1,798                       | 88                          | 1,886     | 1,936                 | 3,873                 | 5,810                 |
| 要支援 2<br>(9 回以上/月) | 3,621                       | 176                         | 3,797     | 3,899                 | 7,799                 | 11,698                |

<1 回当たり>

| 対象者                | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 要支援 1<br>(4 回まで/月) | 436                         | 88                          | 524       | 538                   | 1,076                 | 1,614                 |
| 要支援 2<br>(8 回まで/月) | 447                         | 176                         | 623       | 639                   | 1,279                 | 1,919                 |

\*1…月単位

\*介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(1ヶ月の総単位数に応じて計算)

(1ヶ月の総利用単位数)×(120/1,000)端数四捨五入の金額が上記に加わります。

\*算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき 40 単位)を算定

\*送迎を利用しなかった場合は、片道 47 単位減算

## (2)通所型サービス A(緩和した基準) 利用料

&lt;月単位&gt;

| 対象者                          | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) |   |   | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                              |                             |   |   |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 事業対象者・要<br>支援 1<br>(5 回以上/月) | 1,747                       | - | - | 1,747     | 1,794                 | 3,588                 | 5,382                 |
| 事業対象者・要<br>支援 2<br>(9 回以上/月) | 3,519                       | - | - | 3,519     | 3,614                 | 7,228                 | 10,842                |

&lt;1 回当たり&gt;

| 対象者                          | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) |   |   | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                              |                             |   |   |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 事業対象者・要<br>支援 1<br>(4 回まで/月) | 423                         | - | - | 423       | 434                   | 868                   | 1,303                 |
| 事業対象者・要<br>支援 2<br>(8 回まで/月) | 434                         | - | - | 434       | 445                   | 891                   | 1,337                 |

\*送迎を利用しなかった場合は、片道 43 単位減算

## (3)その他の費用 (上記(1)(2)共通)

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

以上

## 6. 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（春日市）

1 単位あたりの単価 10.45 円〔地域区分加算(5 級地)〕を乗じて算定

### (1)通所型サービス(国基準) 利用料

<月単位>

| 対象者                     | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                         |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/月) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/月) |
| 事業対象者・要支援1<br>(5 回以上/月) | 1,798                       | 88                          | 1,886     | 1,970                 | 3,941                 | 5,912                 |
| 事業対象者・要支援2<br>(9 回以上/月) | 3,621                       | 176                         | 3,797     | 3,967                 | 7,935                 | 11,903                |

<1 回当たり>

| 対象者               | <月単位><br>基本<br>単位<br>(送迎含む) | 加算                          | 単位数<br>合計 | 利用者負担額                |                       |                       |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                   |                             | サービス<br>提供体制強化<br>加算Ⅰ<br>*1 |           | 1 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 2 割負担<br>の場合<br>(円/回) | 3 割負担<br>の場合<br>(円/回) |
| 要支援1<br>(4 回まで/月) | 436                         | 88                          | 524       | 547                   | 1,095                 | 1,642                 |
| 要支援2<br>(8 回まで/月) | 447                         | 176                         | 623       | 651                   | 1,302                 | 1,953                 |

\*1…月単位

\*介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(1 ヶ月の総単位数に応じて計算)

(1 ヶ月の総利用単位数) × (120/1,000) 端数四捨五入の金額が上記に加わります。

\*算定要件を満たした場合、科学的介護推進体制加算(一月につき 40 単位)を算定

\*送迎を利用しなかった場合は、片道 47 単位減算

### (2)その他の費用

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.食事代       | (本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり)                                                               |
| 2.オムツ代等(実費) | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>紙オムツ(120 円程度)、パット代(30 円程度)                                                               |
| 3.食事キャンセル料  | ご利用当日の8時30分までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、<br>当日分のキャンセル料(昼食代)を申し受けます。<br>(本体事業所) 800 円(1 回あたり)・(サテライトだんらん) 650 円(1 回あたり) |
| 4.その他       | (本体事業所・サテライトだんらん)<br>日常生活においても通常必要となるものに係る費用                                                                  |

以上