

デイサービス 利用料金のご案内

令和6年4月以降についてのサービス料金

指定通所介護サービス

1 回の利用料（目安）

● 通常規模型通所介護費

[7時間以上8時間未満]

費用区分 \ 利用区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額	単位	658 単位	777 単位	900 単位	1,023 単位	1,148 単位
	1割負担	706 円	833 円	965 円	1,097 円	1,231 円
	2割負担	1,411 円	1,666 円	1,930 円	2,194 円	2,462 円
	3割負担	2,116 円	2,499 円	2,895 円	3,290 円	3,692 円
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額	単位	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1,008 単位
	1割負担	626 円	739 円	854 円	966 円	1,081 円
	2割負担	1,252 円	1,478 円	1,707 円	1,932 円	2,161 円
	3割負担	1,878 円	2,216 円	2,560 円	2,898 円	3,242 円
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額	単位	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
	1割負担	397 円	454 円	514 円	572 円	631 円
	2割負担	794 円	907 円	1,027 円	1,143 円	1,261 円
	3割負担	1,190 円	1,361 円	1,541 円	1,714 円	1,891 円
入浴介助加算（Ⅰ） 1回/日	単位	40 単位				
	1割負担	43 円				
	2割負担	86 円				
	3割負担	129 円				
入浴介助加算（Ⅱ） 1回/日	単位	55 単位				
	1割負担	59 円				
	2割負担	118 円				
	3割負担	177 円				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 1回/日	単位	56 単位				
	1割負担	60 円				
	2割負担	120 円				
	3割負担	180 円				
口腔機能向上加算（Ⅱ） 2回/月	単位	160 単位				
	1割負担	172 円				
	2割負担	343 円				
	3割負担	515 円				
科学的介護推進体制加算 1回/月	単位	40 単位				
	1割負担	43 円				
	2割負担	86 円				
	3割負担	129 円				
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ） 1回/日	単位	6 単位				
	1割負担	7 円				
	2割負担	13 円				
	3割負担	20 円				
認知症加算 1回/日	単位	60 単位				
	1割負担	65 円				
	2割負担	129 円				
	3割負担	193 円				

横浜市通所介護相当サービス

1か月分の利用料（目安）

費用区分	利用区分	1か月分の利用料（目安）			
		週1回		週2回	
		要支援1・事業対象者・要支援2		要支援2・事業対象者	
通所型サービス費 日常生活上の支援・生活行為向上支援 （送迎・入浴を含みます。）	単位	1,798	単位	3,621	単位
	1割負担	1,928	円	3,882	円
	2割負担	3,855	円	7,764	円
	3割負担	5,783	円	11,646	円
口腔機能向上加算（Ⅱ） 1回/月	単位	160 単位			
	1割負担	172 円			
	2割負担	343 円			
	3割負担	515 円			
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 事業者対象、要支援1、要支援2 （週1回程度利用） 1回/月	単位	24 単位			
	1割負担	26 円			
	2割負担	52 円			
	3割負担	78 円			
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 事業者対象、要支援2 （週2回程度利用） 1回/月	単位	48 単位			
	1割負担	52 円			
	2割負担	103 円			
	3割負担	155 円			
科学的介護推進体制加算 1回/月	単位	40 単位			
	1割負担	43 円			
	2割負担	86 円			
	3割負担	129 円			

☆別にご利用回数当たり、次の食費代を申し受けます

食費《おやつ含む》	750円《おやつ 50円含む》	（例：月4回×750円=3,000円）
-----------	-----------------	---------------------

※横浜市（2級地）では、1単位の単価を10.72円を乗じて算定し、利用者負担額はその1割又は2割又は3割となります。

● その他の費用

*介護職員処遇改善加算Ⅱ

介護報酬総単位数×9.0%（加算率）×10.72（地域単価）＝①

①－（①×0.9or0.8or0.7）＝ 介護職員処遇改善加算のご利用者負担額

*介護保険の給付対象とならないサービス（例えば、おむつ代・レクリエーション、行事等の参加費）については
ご負担いただく場合があります。

● ご利用中止の際のキャンセル料について

当日、利用者の体調不良でサービスを中止する場合も、キャンセル料はかかりませんが、昼食代の実費をご負担いただく場合があります。

● ご利用者負担算出方法

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（ご利用者負担額1割）

〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（ご利用者負担額2割）

〇〇円－（〇〇円×0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（ご利用者負担額3割）