甲州デイサービスセンターきぼう富士川事業所（地域密着型通所介護サービス）利用料金表

2026.6.1

		費目・備考		費用				
				負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	
サービス項目	＊	地域密着型通所介護費	所要時間 3時間以上 4時間未満	要介護1	416	832	1,248	円／回
				要介護2	478	956	1,434	円／回
				要介護3	540	1,080	1,620	円／回
				要介護4	600	1,200	1,800	円／回
				要介護5	663	1,326	1,989	円／回
		所要時間2時間以上3時間未満		減算	所定単位数の70%			
		中山間地域提供加算			所定単位数×5%			
		中重度者ケア体制加算			45	90	135	円／回
		生活機能向上連携加算Ⅱ（個別機能訓練加算を算定している場合）			100	200	300	円／月
	＊	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	※基本体制は個別機能訓練加算（Ⅰ）ロですが、機能訓練指導員の人員配置により、実績では個別機能訓練加算（Ⅰ）イとなる場合があります。		56	112	168	円／回
		個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ			76	152	228	円／回
	＊	個別機能訓練加算（Ⅱ）			20	40	60	円／月
	＊	ADL維持等加算Ⅰ			30	60	90	円／月
	＊	ADL維持等加算Ⅱ			60	120	180	円／月
		認知症加算			60	120	180	円／回
		若年性認知症利用者受入加算			60	120	180	円／回
	＊	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（6カ月に1回を限度）			20	40	60	円／回
		口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ（6カ月に1回を限度）			5	10	15	円／回
		口腔機能向上加算Ⅰ（月2回を限度）			150	300	450	円／回
		口腔機能向上加算Ⅱ（月2回を限度）			160	320	480	円／回
	＊	科学的介護推進体制加算			40	80	120	円／月
		同一建物減算			94	188	282	円／回減算
		送迎減算（片道につき） （居宅と事業所との間で送迎を行わない場合）			47	94	141	円／回減算
	＊	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			22	44	66	円／回
	＊	介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）			所定単位数×12.7%			

＊印の費目は全利用者が必要となります。無印の費目は利用したときに必要となります。

※負担割合については「介護保険負担割合証」をご確認ください。