

デイサービス(通所型サービス)利用料金表【令和7年4月～】

【サービス利用による自己負担額の目安】

要支援の方は、居宅介護計画での「送迎の有無、入浴の有無」により利用金額が変わります。また、一か月の利用実績回数により料金が異なります。

<要支援1 送迎あり、入浴あり>

	利用者負担額（サービス利用料金＋食費）
月4回以上の利用	ひと月あたり 5,924円(2,464円＋(865円×4回))
	一回あたり 1,442円(577円＋865円)

<要支援2 送迎あり、入浴あり>

	利用者負担額（サービス利用料金＋食費）
月8回以上の利用	ひと月あたり 11,546円(4,626円＋(865円×8回))
	一回あたり 1,424円(559円＋865円)

<要支援1 送迎あり、入浴なし>

	利用者負担額（サービス利用料金＋食費）
月4回以上の利用	ひと月あたり 5,719円(2,259円＋(865円×4回))
	一回あたり 1,391円(526円＋865円)

<要支援2 送迎あり、入浴なし>

	利用者負担額（サービス利用料金＋食費）
月8回以上の利用	ひと月あたり 11,135円(4,215円＋(865円×8回))
	一回あたり 1,373円(508円＋865円)

※上記の金額は目安であり、実際の利用では利用回数により10円単位の誤差が出ます。

【利用料金の計算について】

実際の計算では、ひと月ごとに、公定である各サービスの単位数を実績により合計した実績単位数に、地域単価（長岡京市のデイサービスは 10.45 円/単位）をかけ、サービスの総額を算出（円未満切り捨て）。サービスの総額から各利用者の保険給付額（サービスの総額×保険給付率（9 割～7 割）円未満切り捨て）を差し引いたものが利用者負担額になります。

以下は、各サービスの単価を算出するために個別に表示したもので、実際の請求時の金額とは 10 円単位で誤差が出ます

〈サービス利用料金（ひと月あたり）〉（契約書第 7 条参照）

下記の料金表によって、利用者の要支援度に応じたサービス料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担金）をお支払い下さい。

☆ 共通的サービス 送迎あり・入浴あり 一か月の利用実績回数により料金が違います。

		要支援 1 事業対象者		要支援 2	
		月 4 回以上の 利用 ひと月あたり	月 3 回まで の利用 一回あたり	月 8 回以上の 利用 ひと月あたり	月 7 回まで の利用 一回あたり
1. 利用者の要介護度とサービス 利用料金		18,789 円	4,556 円	37,839 円	4,671 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	1 割 負 担	16,910 円	4,100 円	34,055 円	4,203 円
	2 割 負 担	15,031 円	3,644 円	30,271 円	3,736 円
	3 割 負 担	13,152 円	3,189 円	26,487 円	3,269 円
3. サービス利用に係る <u>自己負担額</u> (1－2)	1 割 負 担	<u>1,879 円</u>	<u>456 円</u>	<u>3,784 円</u>	<u>468 円</u>
	2 割 負 担	<u>3,758 円</u>	<u>912 円</u>	<u>7,568 円</u>	<u>935 円</u>
	3 割 負 担	<u>5,637 円</u>	<u>1,367 円</u>	<u>11,352 円</u>	<u>1,402 円</u>
介護職員処遇改善加算 I		<u>上記金額の 9.2%</u>			

※「介護職員処遇改善加算 I」については 4 ページを参照してください。

☆共通的服务 送迎あり・入浴なし 一か月の利用実績回数により料金が違います。

		要支援 1 事業対象者		要支援 2	
		月 4 回以上の 利用 ひと月あたり	月 3 回まで の利用 一回あたり	月 8 回以上の 利用 ひと月あたり	月 7 回まで の利用 一回あたり
1. 利用者の要介護度とサービス 利用料金		16,908 円	4,096 円	34,077 円	4,211 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	1 割 負担	15,217 円	3,686 円	30,669 円	3,789 円
	2 割 負担	13,526 円	3,276 円	27,261 円	3,368 円
	3 割 負担	11,835 円	2,867 円	23,853 円	2,947 円
3. サービス利用に係る <u>自己負担額</u> (1 - 2)	1 割 負担	<u>1,691 円</u>	<u>410 円</u>	<u>3,408 円</u>	<u>422 円</u>
	2 割 負担	<u>3,382 円</u>	<u>820 円</u>	<u>6,816 円</u>	<u>843 円</u>
	3 割 負担	<u>5,073 円</u>	<u>1,229 円</u>	<u>10,224 円</u>	<u>1,264 円</u>
介護職員処遇改善加算 I		<u>上記金額の 9.2%</u>			

※「介護職員処遇改善加算 I」については 4 ページを参照してください。

☆ 加算対象サービス

- ① 口腔機能のケアや訓練が必要で、同意を得た利用者に加算されます。
- ② サービス提供体制については、事業所の職員配置状況により加算されます。
- ③ 介護職員処遇改善加算は、全利用者に加算されます。

		①口腔機能 向上 ※ 2	②サービス提供体制Ⅱ		③介護職員等処遇改善加算 Ⅰ
			要支援 1	要支援 2	
1. 加算対象サービスとサービス利用料金		1,567 円	752 円	1,504 円	③左記金額の 9.2%
2. うち、介護保険から給付される金額	1割負担	1,410 円	676 円	1,353 円	
	2割負担	1,253 円	601 円	1,203 円	
	3割負担	1,096 円	526 円	1,052 円	
3. サービス利用に係る自己負担額(1－2)	1割負担	<u>157 円</u>	<u>76 円</u>	<u>151 円</u>	
	2割負担	<u>314 円</u>	<u>151 円</u>	<u>301 円</u>	
	3割負担	<u>471 円</u>	<u>226 円</u>	<u>452 円</u>	

※ 上記の自己負担額は参考金額であり、実際の請求ではご利用になられたサービスを合計して計算するため、10 円単位の誤差が出ます。

※ 2 口腔機能向上加算は月 2 回の請求限度となりますので、月 2 回以上利用の利用者は上記自己負担額の 2 回分の「314 円（1 割）」、「628 円（2 割）」、「942 円（3 割）」が請求額となります。

☆ 利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、個別サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

①食事の提供にかかる費用

利用者に提供する食事の材料費や調理にかかる費用です。

料金：1回あたり 865円（税込）

※ジュース代20円を含む

（当日9時までに利用中止の申し出がない場合は、お支払いいただきます。）

②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活上必要となるものは必ずご持参ください。持って来られないときは実費相当額をいただきます。（おむつ、パット等）

③複写物の交付

利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

附則

この規定は、令和6年4月1日から適用する。

この規定は、令和7年4月1日から適用する。