

ほほえみ倶楽部 認知症対応型通所介護（単独型） 料金表

令和7年12月1日

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.88 円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

算定 項目	認知症対応型通所介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）	
	イ 認知症対応型通所介護費（1）					
	（1）認知症対応型通所介護費（i）					（単独型）
	（一）所要時間3時間以上4時間未満の場合					
☐	a 要介護1	543	591	1,182	1,773	
	b 要介護2	597	650	1,299	1,949	
	c 要介護3	653	711	1,421	2,132	
	d 要介護4	708	771	1,541	2,311	
	e 要介護5	762	829	1,658	2,487	
	（二）所要時間4時間以上5時間未満の場合					
☐	a 要介護1	569	619	1,238	1,857	
	b 要介護2	626	681	1,362	2,043	
	c 要介護3	684	745	1,489	2,233	
	d 要介護4	741	807	1,613	2,419	
	e 要介護5	799	870	1,739	2,608	
	（三）所要時間5時間以上6時間未満の場合					
☐	a 要介護1	858	934	1,867	2,801	
	b 要介護2	950	1,034	2,068	3,101	
	c 要介護3	1,040	1,132	2,263	3,395	
	d 要介護4	1,132	1,232	2,464	3,695	
	e 要介護5	1,225	1,333	2,666	3,999	
	（四）所要時間6時間以上7時間未満の場合					
☐	a 要介護1	880	958	1,915	2,873	
	b 要介護2	974	1,060	2,120	3,180	
	c 要介護3	1,066	1,160	2,320	3,480	
	d 要介護4	1,161	1,264	2,527	3,790	
	e 要介護5	1,256	1,367	2,733	4,100	
	（五）所要時間7時間以上8時間未満の場合					
■	a 要介護1	994	1,082	2,163	3,245	
	b 要介護2	1,102	1,199	2,398	3,597	
	c 要介護3	1,210	1,317	2,633	3,950	
	d 要介護4	1,319	1,435	2,870	4,305	
	e 要介護5	1,427	1,553	3,105	4,658	
	（六）所要時間8時間以上9時間未満の場合					
☐	a 要介護1	1,026	1,117	2,233	3,349	
	b 要介護2	1,137	1,237	2,474	3,711	
	c 要介護3	1,248	1,358	2,716	4,074	
	d 要介護4	1,362	1,482	2,964	4,446	
	e 要介護5	1,472	1,602	3,203	4,805	
	加算項目					
	注6 時間延長加算					
☐	イ 9時間以上10時間未満の場合	50	55	109	164	
	ロ 10時間以上11時間未満の場合	100	109	218	327	
	ハ 11時間以上12時間未満の場合	150	164	327	490	
	ニ 12時間以上13時間未満の場合	200	218	436	653	
	ホ 13時間以上14時間未満の場合	250	272	544	816	

	注8 入浴介助加算					1日につき
<input type="checkbox"/>	(1) 入浴介助加算 (I)	40	44	87	131	
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 入浴介助加算 (II)	55	60	120	180	
	注9 生活機能向上連携加算					
<input type="checkbox"/>	(1) 生活機能向上連携加算 (I)	100	109	218	327	3月に1回を限度として1月につき
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 生活機能向上連携加算 (II)	200	218	436	653	1月につき
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算 (II) (注10を算定している場合)	100	109	218	327	1月につき
	注10 個別機能訓練加算					
<input type="checkbox"/>	(1) 個別機能訓練加算 (I)	27	30	59	88	1日につき
<input type="checkbox"/>	(2) 個別機能訓練加算 (II)	20	22	44	66	1月につき
	注11 ADL維持等加算					1月につき
<input type="checkbox"/>	(1) ADL維持等加算 (I)	30	33	66	98	
<input type="checkbox"/>	(2) ADL維持等加算 (II)	60	66	131	196	
<input type="checkbox"/>	注12 若年性利用者受入加算	60	66	131	196	1日につき
<input type="checkbox"/>	注13 栄養アセスメント加算	50	55	109	164	1月につき
<input type="checkbox"/>	注14 栄養改善加算	200	218	436	653	1月に2回を限度として1回につき
	注15 口腔・栄養スクリーニング加算					1回につき
<input type="checkbox"/>	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20	22	44	66	
<input type="checkbox"/>	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5	6	11	17	
	注16 口腔機能向上加算					1月に2回を限度として1回につき
<input type="checkbox"/>	(1) 口腔機能向上加算 (I)	150	164	327	490	
<input type="checkbox"/>	(2) 口腔機能向上加算 (II)	160	174	348	522	
<input checked="" type="checkbox"/>	注17 科学的介護推進体制加算	40	44	87	131	1月につき
	ハ サービス提供体制強化加算					1回につき
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) サービス提供体制強化加算 (I)	22	24	48	72	
<input type="checkbox"/>	(2) サービス提供体制強化加算 (II)	18	20	39	59	
<input type="checkbox"/>	(3) サービス提供体制強化加算 (III)	6	7	13	20	
該当の場合に減算	減算項目					
	注19 同一建物減算	-94	-103	-205	-307	1日につき
	注20 送迎を行わない場合の減算	-47	-52	-103	-154	片道につき
	注5 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合	(所定単位数 × 3%) <sup>※2</sup> × 10.88				1回につき
	介護職員等処遇改善加算(1月につき)					
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (I)	(介護報酬総単位数 × 1 × 18.1%) × 2 × 10.88				
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (II)	(介護報酬総単位数 × 1 × 17.4%) × 2 × 10.88				
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (III)	(介護報酬総単位数 × 1 × 15.0%) × 2 × 10.88				
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (IV)	(介護報酬総単位数 × 1 × 12.2%) × 2 × 10.88				

※1 介護報酬総単位数 = 基本サービス費 + 各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額 - (上記額 × 負担割合 (1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

#### 【利用者負担算出方法】

地域単価 × 単位数 = ○○円 (1円未満切り捨て)

○○円 - (○○円 × 負担割合<sup>※4</sup>) = △△円 (利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

## 2 その他の費用

	項目	金額	説明
1	交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域 (旭区全域、近隣区) にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、送迎するための交通費 (実費) ががかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を超えた所から、片道1Kmあたり35円 (往復分徴収する)
2	昼食代	850円 おやつ代 100円	
3	飲み物代	0円	通常の水分補給 (水、お茶、麦茶など) も無料です。

4	おむつ代	おむつ100円 バット50円	
5	教養娯楽費	実費	