

## 【通所型予防給付相当サービス 利用料金表】

### 大和田デイサービスセンター

月額利用料金の目安：対象となる介護度のA＋その他加算＋Bがご利用料金となります。

【注意】基本サービスのAにその他加算を追加する場合にはAの介護職員処遇改善加算の単位が増加になり自己負担額も増加になります。

令和8年6月1日現在

A 介護保険の給付対象となるサービス利用料金（サービス1回あたり）

（単位：介護報酬単位）

	要支援1	要支援2
① 福井市通所型予防給付相当サービス費	1,798	3,621
② サービス提供体制加算Ⅰ	88	176
③小計 ①＋②	1,886	3,797
④介護職員等処遇改善加算Ⅰ ③×12.7%	240	482
⑤介護保険給付対象合計（③＋④）	2,126	4,279
地区区分換算額 ⑦×10.14	¥21,557	¥43,389
介護保険 自己負担額（1割負担の方）	¥2,156	¥4,339
介護保険 自己負担額（2割負担の方）	¥4,312	¥8,678
介護保険 自己負担額（3割負担の方）	¥6,468	¥13,017

#### 【サービス利用料金についての説明】

福井市通所型予防給付相当サービス費	要支援1：436単位/回 要支援2：447単位/回	月間利用回数が既定に満たない場合は、左記単位で計算されます。
サービス提供体制加算Ⅰ	要支援1：88単位/月 要支援2：176単位/月	介護職員の内介護福祉士割合70%以上、又は勤続10年以上介護福祉士25%以上の配置の場合。
科学的介護推進体制加算	40単位/月	入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の心身状況に係る基本的な情報を科学的介護情報システム（LIFE）へ提出している場合。
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位/月1回まで	言語聴覚士、又は看護職員を1名以上配置月の算定回数1回(要支援)

B 介護保険の給付対象外のサービス利用料金

#### 【その他の費用】

食事代（昼食、おやつ代含む）	700円/回	おむつ代（パッド）	30円/枚
レクリエーション・クラブ活動	材料代等実費	おむつ代（パンツ）	150円/枚

#### 【キャンセル料】

ご利用予定日の前営業日17時までに利用中止ならびに食事の利用中止のご連絡を頂けない場合、当日の昼食代（おやつ代含む）の1000円をキャンセル料としてご負担頂きます。