

通常規模型通所介護費(単位:円)

デイサービスセンタースマイル料金表(1割負担の場合)

令和08年04月01日～

要介護度	提供時間	単位	入浴介助加算(Ⅰ)	サービス提供体制強化Ⅱ	負担割別保険請求額	処遇改善加算Ⅰ 9.2%	利用者負担	食費	1回の利用負担
要介護1	6H～7H 未満	584	40	18	642	59	701	600	1,301
要介護2		689	40	18	747	69	816	600	1,416
要介護3		796	40	18	854	79	933	600	1,533
要介護4		901	40	18	959	88	1,047	600	1,647
要介護5		1,008	40	18	1,066	98	1,164	600	1,764
被爆者手帳保持の方は食費600円(1回毎)の負担									

送迎減算/片道47単位減算

全対象者加算項目

・科学的介護推進体制加算 40単位/月(40単位が月に別途加算されます)
--------------------------------------

個別対象者加算項目

・栄養アセスメント加算 50単位/回	・口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回
・栄養改善加算 200単位/月2回まで	・口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回

第1号通所介護費(単位:円)

デイサービスセンタースマイル料金表(1割負担の場合)

要介護度	提供時間	単位		サービス提供体制強化Ⅱ	負担割別保険請求額	処遇改善加算Ⅰ 9.2%	利用者負担	食費	1回目の利用負担
要支援1	6H～7H 未満	1,798		72	1,870	172	2,042	600	2,642
要支援2		3,621		144	3,765	346	4,111	600	4,711
被爆者手帳保持の方は食材費600円(1回毎)の負担					2回目の利用から食材費 600円のみ負担				

送迎減算/片道47単位減算