

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(3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	食材費	1回の利用負担
要介護1	6H～7H 未満	1,752	120	54	1,926	177	2,103	600	2,703
要介護2		2,067	120	54	2,241	206	2,447	600	3,047
要介護3		2,388	120	54	2,562	236	2,798	600	3,398
要介護4		2,703	120	54	2,877	265	3,142	600	3,742
要介護5		3,024	120	54	3,198	294	3,492	600	4,092
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(3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	食材費	1回目の利用負担
要支援1	6H～7H 未満	5,394		216	5,610	516	6,126	600	6,726
要支援2		10,863		432	11,295	1,039	12,334	600	12,934
被爆者手帳保持の方は食費600円(1回毎)の負担					2回目の利用から食費 600円のみ負担				

送迎減算/片道47単位減算