

通所介護事業所かけはし 利用料金表 【1割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

		保険内		保険外		
		利用料	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費
要支援	1	1,847	275	720	85	50
	2	3,719	509			

(円)

1月あたりの利用料の目安	
週1回(4回分)	週2回(8回分)
5,542	8,962
7,648	11,068

【要介護1～5】

		保険内			保険外			
		利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費	
7 ～ 8 時間	要介護	1	676	126	44	720	85	50
		2	798	136				
		3	925	147				
		4	1,051	157				
		5	1,179	168				
6 ～ 7 時間	要介護	1	600	120	44	720	85	50
		2	708	129				
		3	818	138				
		4	926	147				
		5	1,036	156				
5 ～ 6 時間	要介護	1	586	119	44	720	85	50
		2	692	128				
		3	798	136				
		4	904	145				
		5	1,011	154				

(円)

1日あたりの 利用料の目安	1月あたりの利用料の目安			
	週1回(4回分)	週2回(8回分)	週3回(13回分)	週4回(18回分)
1,657	6,672	13,300	21,585	29,870
1,789	7,200	14,356	23,301	32,246
1,927	7,752	15,460	25,095	34,730
2,063	8,296	16,548	26,863	37,178
2,202	8,852	17,660	28,670	39,680
1,575	6,344	12,644	20,519	28,394
1,692	6,812	13,580	22,040	30,500
1,811	7,288	14,532	23,587	32,642
1,928	7,756	15,468	25,108	34,748
2,047	8,232	16,420	26,655	36,890
1,560	6,284	12,524	20,324	28,124
1,675	6,744	13,444	21,819	30,194
1,789	7,200	14,356	23,301	32,246
1,904	7,660	15,276	24,796	34,316
2,020	8,124	16,204	26,304	36,404

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

		(円)	1月あたりの目安(円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ	165 /月	178
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	21 /回	22
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	6 /回	6
要介護	入浴介助加算Ⅰ	41 /回	44×利用回数
	口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回限度	165 /回	357
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	21 /回	22
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	6 /回	6
	生活機能向上連携加算Ⅰ	103 /月	111
	個別機能訓練加算Ⅰイ	58 /回	62×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ	21 /月	22
	若年性認知症利用者受入加算	62 /日	67×利用日数

※『加算』の項目：介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ、中重度ケア体制加算

※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。

通所介護事業所かけはし 利用料金表 【2割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

		保険内		保険外		
		利用料金	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費
要支援	1	3,693	551	720	85	50
	2	7,438	1,018			

(円)

1月あたりの利用料の目安	
週1回(4回分)	週2回(8回分)
7,664	11,084
11,876	15,296

【要介護1～5】

		保険内			保険外		
		利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費
7 ～ 8 時間	要介護	1	1,352	251	720	85	50
		2	1,596	271			
		3	1,849	292			
		4	2,102	313			
		5	2,358	334			
6 ～ 7 時間	要介護	1	1,200	239	88	720	85
		2	1,416	256			
		3	1,635	274			
		4	1,851	292			
		5	2,071	310			
5 ～ 6 時間	要介護	1	1,171	236			
		2	1,383	254			
		3	1,596	271			
		4	1,808	288			
		5	2,021	306			

	1日あたりの 利用料の目安 (円)	1月あたりの利用料の目安 (円)			
		週1回(4回分)	週2回(8回分)	週3回(13回分)	週4回(18回分)
7 ～ 8 時間	2,458	9,920	19,752	32,042	44,332
	2,722	10,976	21,864	35,474	49,084
	2,996	12,072	24,056	39,036	54,016
	3,270	13,168	26,248	42,598	58,948
	3,547	14,276	28,464	46,199	63,934
6 ～ 7 時間	2,294	9,264	18,440	29,910	41,380
	2,527	10,196	20,304	32,939	45,574
	2,764	11,144	22,200	36,020	49,840
	2,998	12,080	24,072	39,062	54,052
	3,236	13,032	25,976	42,156	58,336
5 ～ 6 時間	2,262	9,136	18,184	29,494	40,804
	2,492	10,056	20,024	32,484	44,944
	2,722	10,976	21,864	35,474	49,084
	2,951	11,892	23,696	38,451	53,206
	3,182	12,816	25,544	41,454	57,364

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

		(円)	1月あたりの目安 (円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ	329 /月	355
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	41 /回	44
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	11 /回	11
要介護	入浴介助加算Ⅰ	82 /回	88×利用回数
	口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回限度	329 /回	711
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	41 /回	44
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	11 /回	11
	生活機能向上連携加算Ⅰ	206 /月	222
	個別機能訓練加算Ⅰイ	115 /回	124×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ	41 /月	44
	若年性認知症利用者受入加算	124 /日	134×利用日数

※『加算』の項目：介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ、中重度ケア体制加算

※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。

通所介護事業所かけはし 利用料金表 【3割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

		保険内		保険外		
		利用料金	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費
要支援	1	5,540	827	720	85	50
	2	11,157	1,528			

(円)

⇒ 1月あたりの利用料の目安

週1回(4回分)	週2回(8回分)
9,787	13,207
16,105	19,525

【要介護1～5】

			保険内		保険外			
			利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費
7 ～ 8 時間	要介護	1	2,028	377	133	720	85	50
		2	2,394	407				
		3	2,773	438				
		4	3,152	469				
		5	3,537	501				
6 ～ 7 時間	要介護	1	1,800	358				
		2	2,123	385				
		3	2,453	412				
		4	2,776	438				
		5	3,106	465				
5 ～ 6 時間	要介護	1	1,756	354				
		2	2,074	381				
		3	2,394	407				
		4	2,712	433				
		5	3,032	459				

1日あたりの 利用料の目安	1月あたりの利用料の目安			
	週1回(4回分)	週2回(8回分)	週3回(13回分)	週4回(18回分)
3,260	13,173	26,213	42,513	58,813
3,656	14,757	29,381	47,661	65,941
4,066	16,397	32,661	52,991	73,321
4,476	18,037	35,941	58,321	80,701
4,893	19,705	39,277	63,742	88,207
3,013	12,185	24,237	39,302	54,367
3,363	13,585	27,037	43,852	60,667
3,720	15,013	29,893	48,493	67,093
4,069	16,409	32,685	53,030	73,375
4,426	17,837	35,541	57,671	79,801
2,965	11,993	23,853	38,678	53,503
3,310	13,373	26,613	43,163	59,713
3,656	14,757	29,381	47,661	65,941
4,000	16,133	32,133	52,133	72,133
4,346	17,517	34,901	56,631	78,361

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

		(円)	1月あたりの目安(円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ	493 /月	533
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	62 /回	67
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	16 /回	17
要介護	入浴介助加算Ⅰ	123 /回	133×利用回数
	口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回限度	493 /回	1,066
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度	62 /回	67
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度	16 /回	17
	生活機能向上連携加算Ⅰ	309 /月	334
	個別機能訓練加算Ⅰイ	173 /回	187×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ	62 /月	67
	若年性認知症利用者受入加算	185 /日	200×利用日数

※『加算』の項目：介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ、中重度ケア体制加算

※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。