

通所介護事業所かけはし 利用料金表 【1割負担】

(令和6年6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	295	800	100	80
	2	3,719	548			

(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)
6,062	9,982
8,187	12,107

【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	134	800	100	80
		2	798	145			
		3	925	157			
		4	1,051	168			
		5	1,179	180			
6 ～ 7 時間	要介護	1	600	127	44	800	100
		2	708	137			
		3	818	147			
		4	926	157			
		5	1,036	167			
5 ～ 6 時間	要介護	1	586	125			
		2	692	135			
		3	798	145			
		4	904	155			
		5	1,011	165			

(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)
1,790	7,204	14,364	23,314	32,264
1,923	7,736	15,428	25,043	34,658
2,062	8,292	16,540	26,850	37,160
2,199	8,840	17,636	28,631	39,626
2,339	9,400	18,756	30,451	42,146
1,707	6,872	13,700	22,235	30,770
1,825	7,344	14,644	23,769	32,894
1,945	7,824	15,604	25,329	35,054
2,063	8,296	16,548	26,863	37,178
2,183	8,776	17,508	28,423	39,338
1,691	6,808	13,572	22,027	30,482
1,807	7,272	14,500	23,535	32,570
1,923	7,736	15,428	25,043	34,658
2,039	8,200	16,356	26,551	36,746
2,156	8,668	17,292	28,072	38,852

【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	180
	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	360
	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	112
	個別機能訓練加算Ⅰイ	58 /回	63×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：介護職員等処遇改善加算Ⅰ、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6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	590	800	100	80
	2	7,438	1,097			

(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)
8,203	12,123
12,455	16,375

【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	266	800	100	80
		2	1,596	288			
		3	1,849	312			
		4	2,102	335			
		5	2,358	358			
6 ～ 7 時間	要介護	1	1,200	252	89	100	80
		2	1,416	272			
		3	1,635	292			
		4	1,851	312			
		5	2,071	332			
5 ～ 6 時間	要介護	1	1,171	249			
		2	1,383	269			
		3	1,596	288			
		4	1,808	308			
		5	2,021	327			

(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)
2,598	10,481	20,873	33,863	46,853
2,864	11,545	23,001	37,321	51,641
3,141	12,653	25,217	40,922	56,627
3,417	13,757	27,425	44,510	61,595
3,696	14,873	29,657	48,137	66,617
2,432	9,817	19,545	31,705	43,865
2,668	10,761	21,433	34,773	48,113
2,907	11,717	23,345	37,880	52,415
3,143	12,661	25,233	40,948	56,663
3,383	13,621	27,153	44,068	60,983
2,400	9,689	19,289	31,289	43,289
2,632	10,617	21,145	34,305	47,465
2,864	11,545	23,001	37,321	51,641
3,096	12,473	24,857	40,337	55,817
3,328	13,401	26,713	43,353	59,993

【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	359
	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	12
要介護	入浴介助加算Ⅰ	82 /回	89×利用回数
	口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回限度	329 /回	718
	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	12
	生活機能向上連携加算Ⅰ	206 /月	224
	個別機能訓練加算Ⅰイ	115 /回	125×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	135×利用日数	

※『加算』の項目：介護職員等処遇改善加算Ⅰ、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6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	886	800	100	80
	2	11,157	1,645			

(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)
10,346	14,266
16,722	20,642

【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	399	800	100	80
		2	2,394	433			
		3	2,773	468			
		4	3,152	502			
		5	3,537	538			
6 ～ 7 時間	要介護	1	1,800	378	134	100	80
		2	2,123	408			
		3	2,453	438			
		4	2,776	468			
		5	3,106	498			
5 ～ 6 時間	要介護	1	1,756	374			
		2	2,074	403			
		3	2,394	433			
		4	2,712	462			
		5	3,032	491			

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)
3,407	13,762	27,390	44,425	61,460
3,807	15,362	30,590	49,625	68,660
4,221	17,018	33,902	55,007	76,112
4,634	18,670	37,206	60,376	83,546
5,055	20,354	40,574	65,849	91,124
3,158	12,766	25,398	41,188	56,978
3,511	14,178	28,222	45,777	63,332
3,871	15,618	31,102	50,457	69,812
4,224	17,030	33,926	55,046	76,166
4,584	18,470	36,806	59,726	82,646
3,110	12,574	25,014	40,564	56,114
3,457	13,962	27,790	45,075	62,360
3,807	15,362	30,590	49,625	68,660
4,154	16,750	33,366	54,136	74,906
4,503	18,146	36,158	58,673	81,188

【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	538
	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	134×利用回数
	口腔機能向上加算Ⅱ ※月2回限度	493 /回	1,076
	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	337
	個別機能訓練加算Ⅰイ	173 /回	188×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	202×利用日数

※『加算』の項目：介護職員等処遇改善加算Ⅰ、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。