

基本料金表

※通所介護

※1単位10,14円

利用時間 / 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上4時間未満	362単位	415単位	470単位	522単位	576単位
4時間以上5時間未満	380単位	436単位	493単位	548単位	605単位
5時間以上6時間未満	558単位	660単位	761単位	863単位	964単位
6時間以上7時間未満	572単位	676単位	780単位	884単位	988単位
7時間以上8時間未満	645単位	761単位	883単位	1003単位	1124単位

入浴介助加算 50単位 個別機能訓練加算 56単位 サービス提供体制強化加算 18単位

※通所型サービス

要支援 1 1,647単位/月	要支援 2 3,377単位/月
----------------------	----------------------

運動器機能向上加算 225単位/月

※1単位10.14円 ※要支援は1ヶ月単位

サービス提供体制強化加算 I 11 72単位

サービス提供体制強化加算 I 12 144単位

介護職員処遇改善加算 5.9%上乘せ

介護保険外

お食事代 600円	オムツ・リハビリパンツ 1 6 4円	パット 5 1 円
----------------	-------------------------	----------------

※単位数の負担割合に応じます

デイサービス明月基本料金表（令和4年10月より）

※通所介護

※1単位10,14円

利用時間 / 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上4時間未満	368単位	421単位	477単位	530単位	585単位
4時間以上5時間未満	386単位	442単位	500単位	557単位	614単位
5時間以上6時間未満	567単位	670単位	773単位	876単位	979単位
6時間以上7時間未満	581単位	686単位	792単位	897単位	1003単位
7時間以上8時間未満	655単位	773単位	896単位	1018単位	1142単位

入浴介助加算¹ 40単位

個別機能訓練加算¹ イ 56単位

サービス提供体制強化加算¹ 22単位

※通所型サービス

要支援 1	1,672単位/月	要支援 2	3,428単位/月
-------	-----------	-------	-----------

運動器機能向上加算 225単位/月

※1単位10.14円

※要支援は1ヶ月単位

サービス提供体制強化加算 I 11 88単位

サービス提供体制強化加算 I 12 176単位

介護職員処遇改善加算 所定単位数の5.9%上乗せ

ベースアップ等支援加算算定所定単位数の1.1%上乗せ

介護特定処遇改善加算（I）所定単位数の1.2%上乗せ

※太字の部分が変わっておりベースアップ等支援加算の算定がございます。所定単位数の1.1%が上乗せとなる予定です。

介護保険外

お食事代	800円	オムツ・リハビリパンツ	180円	パット	70円
------	------	-------------	------	-----	-----

※太字の部分が変わっております。皆様は特にお食事代の部分が上がっていますのでご了承ください。

デイサービス明月基本料金表（令和7年4月より）

※通所介護

※1単位10,14円

利用時間 / 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上4時間未満	370単位	423単位	479単位	533単位	588単位
4時間以上5時間未満	388単位	444単位	502単位	560単位	617単位
5時間以上6時間未満	570単位	673単位	777単位	880単位	984単位
6時間以上7時間未満	584単位	689単位	796単位	901単位	1008単位
7時間以上8時間未満	658単位	777単位	900単位	1023単位	1148単位

入浴介助加算¹ 40単位

個別機能訓練加算¹ イ 56単位

サービス提供体制強化加算¹ 22単位

※通所型サービス

要支援 1	1,798 単位/月	要支援 2	3,621 単位/月
-------	------------	-------	------------

※1単位10.14円

※要支援は1ヶ月単位

サービス提供体制強化加算 I 11 88単位

サービス提供体制強化加算 I 12 176単位

介護職員処遇改善加算 所定単位数の9.2%上乘せ（新設、特定・ベースアップ・すべて含まれる）

介護保険外

お食事代など	850円	オムツ・リハビリパンツ	180円	パット	70円
--------	------	-------------	------	-----	-----

※単位数の負担割合に応じます