

ふじケアサポート株式会社  
 ふじデイサービス  
 管理者 関根 陽子

## 通所介護及び横浜市通所介護相当サービス単位数と自己負担額(6月以降)

ふじデイサービス 1470900919 地域区分 2級地  
 通常規模型通所介護 7時間以上8時間未満  
 サービス提供時間 9:45~16:50

コード	内容	介護度	単位数	算定単位	利用者自己負担(円)			
					1割	2割	3割	
152441	通所介護 I 51	7時間以上	要介護1	658	1回につき	706	1,411	2,116
152442	通所介護 I 52	8時間未満	要介護2	777	1回につき	833	1,666	2,499
152443	通所介護 I 53		要介護3	900		965	1,930	2,895
152444	通所介護 I 54		要介護4	1,023		1,097	2,194	3,290
152445	通所介護 I 55		要介護5	1,148		1,231	2,462	3,692
155301	通所介護入浴介助加算(I)		実施した場合	40		1日につき	43	86
155306	通所介護中重度者ケア体制加算		45		49	97	145	
155606	通所介護口腔機能向上加算	実施した場合	150	月2回まで	161	322	483	
155612	通所介護送迎減算	有無により	-47	片道につき	-51	-101	-151	
156099	通所介護サービス提供体制加算(I)		22	1回につき	24	47	71	
156108	通所介護処遇改善加算(I)		92/1000	1月につき	●-(●×0.9)	●-(●×0.8)	●-(●×0.7)	

● 総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×9.2%×10.72

横浜市通所介護相当サービス					利用者自己負担(円)		
コード	内容	単位数	算定単位		1割	2割	3割
A61111	通所型独自サービス1	要支援1(週1回)	1,798	1月につき	1,928	3,855	5,783
A61121	通所型独自サービス2	要支援2(週2回)	3,621		3,882	7,764	11,646
A61221	通所型独自サービス/22	要支援2(週1回)	1,798		1,928	3,855	5,783
A66011	通所型独自サービス提供体制加算(I 1)		88		95	189	283
A66012	通所型独自サービス提供体制加算(I 2)		176		189	378	566
A66100	通所型独自サービス処遇改善加算(I)	週1回	92/1000		187	373	560
		週2回			375	749	1,123

平素よりご高配を賜りありがとうございます。

令和6年6月より処遇改善加算関係の一本化に伴い、当事業所においては

処遇改善加算(I) 加算率9.2%となりますのでご承知くださいますようお願い申し上げます

介護度別自己負担額一覧表(令和6年6月～)

下記は利用1回あたりの単位数で金額を算出しています。

実際には1カ月の総単位数で計算されますので誤差が生じますのでご了承ください。

要介護度1	内容	単位数	自己負担額(円)		
			1割	2割	3割
	通所介護 I 51	658	706	1,411	2,116
	通所介護中重度者ケア体制加算	45	49	97	145
	通所介護入浴介助加算	40	43	86	129
	通所介護サービス提供体制加算(I)	22	24	47	71
	通所介護処遇改善加算(I)	70	75	150	225
	利用者負担額計		897	1,791	2,686

要介護度2	内容	単位数	自己負担額(円)		
			1割	2割	3割
	通所介護 I 52	777	833	1,666	2,499
	通所介護中重度者ケア体制加算	45	49	97	145
	通所介護入浴介助加算	40	43	86	129
	通所介護サービス提供体制加算(I)	22	24	47	71
	通所介護処遇改善加算(I)	81	87	174	261
	利用者負担額計		1,036	2,070	3,105

要介護度3	内容	単位数 新	自己負担額(円)		
			1割	2割	3割
	通所介護 I 53	900	965	1,930	2,895
	通所介護中重度者ケア体制加算	45	49	97	145
	通所介護入浴介助加算	40	43	86	129
	通所介護サービス提供体制加算(I)	22	24	47	71
	通所介護処遇改善加算(I)	93	100	200	299
	利用者負担額計		1,181	2,360	3,539

要介護度4	内容	単位数	自己負担額(円)		
			1割	2割	3割
	通所介護 I 54	1,023	1,097	2,194	3,290
	通所介護中重度者ケア体制加算	45	49	97	145
	通所介護入浴介助加算	40	43	86	129
	通所介護サービス提供体制加算(I)	22	24	47	71
	通所介護処遇改善加算(I)	104	112	223	335
	利用者負担額計		1,325	2,647	3,970

要介護度5	内容	単位数	自己負担額(円)		
			1割	2割	3割
	通所介護 I 55	1,148	1,231	2,462	3,692
	通所介護中重度者ケア体制加算	45	49	97	145
	通所介護入浴介助加算	40	43	86	129
	通所介護サービス提供体制加算(I)	22	24	47	71
	通所介護処遇改善加算(I)	115	124	247	370
	利用者負担額計		1,471	2,939	4,407

※上記金額に食費等の実費負担分を加算してください

②

## 通所サービス( 新規 ・ 見学 ・ 体験 )依頼書

様

依頼日: 令和 年 月 日

利用者	ふりがな											性別	男 ・ 女							
	氏名	様										生年月日	明・大・昭							
	住所												年 月 日生( 歳 )							
家族・親族	主介護者	住所											連絡先	自宅 ( )						
		氏名	続柄( )											携帯 ( )						
	ご家族	住所											連絡先	自宅 ( )						
		氏名	続柄( )											携帯 ( )						
介護保険	被保険者番号													保険者番号						
	要介護度	要支援( 1 2 ) 要介護( 1 2 3 4 5 ) 申請中(申請日:令和 年 月 日)																		
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで																		
その他	生活保護	無 ・ 有		身障手帳	無 ・ 有( 級) 障害状況( )															
	減免	無 ・ 有		減免制度名( )																

第1希望日	令和 年 月 日( 曜日)	第2希望日	令和 年 月 日( 曜日)
留意事項			

居宅支援事業所	事業所名											事業所番号		
	住所													
	電話番号											FAX番号		
	担当者CM											ふりがな		