

機能訓練特化型デイサービスPono 料金表

令和7年11月1日

○要介護の方

1 介護報酬に係る費用

6級地 10.27 円

算定項目	地域密着型通所介護費(1回につき)	単位数	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)	
イ 地域密着型通所介護費						
所要時間3時間以上4時間未満						
(一) 要介護1	416	428	855	1,282		
(二) 要介護2	478	491	982	1,473		
(三) 要介護3	540	555	1,109	1,664		
(四) 要介護4	600	617	1,233	1,849		
(五) 要介護5	663	681	1,362	2,043		
個別機能訓練加算						
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	58	115	173	1日につき	
科学的介護推進体制加算	40	41	82	123	1月につき	
サービス提供体制強化加算						
イを算定している場合						1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	23	45	68		

介護職員等処遇改善加算(1月につき)	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数※1×9.2%)※2×10.27

※1 介護報酬総単位数 = 基本サービス費 + 各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額 - (上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数 = ○○円(1円未満切り捨て)

○○円 - (○○円×負担割合※4(1円未満切り捨て)) = △△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2 その他の費用

項目	金額	説明
1 交通費	無料	事業所より片道10キロを超える場合は500円
2 飲み物代	無料	通常の水分補給(水、お茶)は無料
3 おむつ代	おむつ100円 パット50円	
4 教養娯楽費	実費	必要な場合

3 キャンセル料

① 当日の11時までにご連絡いただいた場合は、キャンセル料不要です。

② 事前のご連絡がなく、迎車がご自宅に到着した場合、1提供当たりの介護保険徴収額の100%を自費請求いたします。

※ 急な体調不良及び入院等、特別な理由がある場合は、キャンセル料はいただきません。