

料金表

[小規模多機能型居宅介護]

等級	2 級地	地域加算	10.88
----	------	------	-------

	算定単位	単位数	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	/月	10,458 単位	11,379 円	22,757 円	34,135 円
要介護 2		15,370 単位	16,723 円	33,445 円	50,168 円
要介護 3		22,359 単位	24,327 円	48,653 円	72,980 円
要介護 4		24,677 単位	26,849 円	53,697 円	80,546 円
要介護 5		27,209 単位	29,604 円	59,207 円	88,810 円

加算項目	算定単位	単位数	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算	/日	30 単位	33 円	66 円	98 円
総合マネジメント体制強化加算 (I)	/月	1,200 単位	1,306 円	2,612 円	3,917 円
若年性認知症利用者受入加算	/月	800 単位	871 円	1,741 円	2,612 円
生活機能向上連携加算 (I)	/月	100 単位	109 円	218 円	327 円
生活機能向上連携加算 (II)	/月	200 単位	218 円	436 円	653 円
口腔・栄養スクリーニング加算	/回	20 単位	22 円	44 円	66 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	87 円	131 円
認知症加算 (III)	/月	760 単位	827 円	1,654 円	2,481 円
認知症加算 (IV)	/月	460 単位	501 円	1,001 円	1,502 円
看護職員配置加算 (I)	/月	900 単位	980 円	1,959 円	2,938 円
訪問体制強化加算	/月	1,000 単位	1,088 円	2,176 円	3,264 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/月	350 単位	381 円	762 円	1,143 円
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 102/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	/月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	/月	所定単位数の 17/1,000 加算			

※「口腔・栄養スクリーニング加算」は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

介護保険外 費用	宿泊費 (非課税)	3,000 円
	食材料費 (非課税)	朝食：532 円 昼食：632 円 夕食：632 円 おやつ：111 円

※その他、利用者が必要とするものは実費となります ※キャンセルの場合は前日の 18 時までにお申し出ください

料金表

[介護予防小規模多機能型居宅介護]

等級	2 級地	地域加算	10.88
----	------	------	-------

	算定単位	単位数	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	/月	3,450 単位	3,754 円	7,508 円	11,261 円
要支援 2		6,972 単位	7,586 円	15,171 円	22,757 円

加算項目	算定単位	単位数	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算	/日	30 単位	33 円	66 円	98 円
総合マネジメント体制強化加算 (I)	/月	1,200 単位	1,306 円	2,612 円	3,917 円
若年性認知症利用者受入加算	/月	800 単位	871 円	1,741 円	2,612 円
生活機能向上連携加算 (I)	/月	100 単位	109 円	218 円	327 円
生活機能向上連携加算 (II)	/月	200 単位	218 円	436 円	653 円
口腔・栄養スクリーニング加算	/回	20 単位	22 円	44 円	66 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	87 円	131 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/月	350 単位	381 円	762 円	1,143 円
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	/月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	/月	所定単位数の 11/1,000 加算			

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

介護保険外費用	宿泊費 (非課税)	3,000 円
	食材料費 (非課税)	朝食：532 円 昼食：632 円 夕食：632 円 おやつ：111 円

※その他、利用者が必要とするものは実費となります ※キャンセルの場合は前日の 18 時までにお申し出ください