

料金表

[通所介護]

| | | | | | |
|-------|------|----|-----|------|-------|
| 事業所規模 | 通常規模 | 等級 | 6級地 | 地域加算 | 10.27 |
|-------|------|----|-----|------|-------|

| | サービス提供時間 | | | | | | | |
|-------|-------------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | 6時間以上 7時間未満 | | | | 7時間以上 8時間未満 | | | |
| | 単位数 | 自己負担額 | | | 単位数 | 自己負担額 | | |
| 1割負担 | | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | | 2割負担 | 3割負担 | |
| 要介護 1 | 584 単位 | 600 円 | 1,200 円 | 1,800 円 | 658 単位 | 676 円 | 1,352 円 | 2,028 円 |
| 要介護 2 | 689 単位 | 708 円 | 1,416 円 | 2,123 円 | 777 単位 | 798 円 | 1,596 円 | 2,394 円 |
| 要介護 3 | 796 単位 | 818 円 | 1,635 円 | 2,453 円 | 900 単位 | 925 円 | 1,849 円 | 2,773 円 |
| 要介護 4 | 901 単位 | 926 円 | 1,851 円 | 2,776 円 | 1,023 単位 | 1,051 円 | 2,102 円 | 3,152 円 |
| 要介護 5 | 1,008 単位 | 1,036 円 | 2,071 円 | 3,106 円 | 1,148 単位 | 1,179 円 | 2,358 円 | 3,537 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 |
| 入浴介助加算 (I) | /日 | 40 単位 | 41 円 | 82 円 | 123 円 |
| 入浴介助加算 (II) | /日 | 55 単位 | 57 円 | 113 円 | 170 円 |
| 個別機能訓練加算 (I) イ | /日 | 56 単位 | 58 円 | 115 円 | 173 円 |
| 個別機能訓練加算 (II) | /月 | 20 単位 | 21 円 | 41 円 | 62 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | /回 | 20 単位 | 21 円 | 41 円 | 62 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | /回 | 5 単位 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| 口腔機能向上加算 (I) | /回 | 150 単位 | 154 円 | 308 円 | 462 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | /回 | 160 単位 | 165 円 | 329 円 | 493 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | /月 | 40 単位 | 41 円 | 82 円 | 123 円 |
| サービス提供体制強化加算 (III) | /回 | 6 単位 | 7 円 | 13 円 | 19 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) | /月 | 所定単位数の 90/1,000 加算 | | | |

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回、口腔機能向上加算 (I・II) は月 2 回を限度とします

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | /日 | 600 円 |
| | おやつ代 | | 50 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります (非課税)

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します

料金表

[第1号通所事業 (旧介護予防通所介護相当サービス)]

| | | | | | |
|------|-------|----|-----|------|-------|
| 対象地域 | 武蔵村山市 | 等級 | 6級地 | 地域加算 | 10.27 |
|------|-------|----|-----|------|-------|

| | |
|----------|-------------|
| サービス提供時間 | 7時間以上 8時間未満 |
|----------|-------------|

| 項目 | 区分 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|-------------|---------|------|---------|---------|---------|----------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 事業対象者 要支援 1 | 週 1 回程度 | ／回 | 436 単位 | 448 円 | 896 円 | 1,344 円 |
| | | ／月 | 1798 単位 | 1,847 円 | 3,693 円 | 5,540 円 |
| 事業対象者 要支援 2 | 週 2 回程度 | ／回 | 447 単位 | 459 円 | 918 円 | 1,377 円 |
| | | ／月 | 3621 単位 | 3,719 円 | 7,438 円 | 11,157 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 |
| 口腔機能向上加算 (I) | ／月 | 150 単位 | 154 円 | 308 円 | 462 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | ／月 | 160 単位 | 165 円 | 329 円 | 493 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | ／回 | 20 単位 | 21 円 | 42 円 | 63 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | ／回 | 5 単位 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | ／月 | 40 単位 | 42 円 | 84 円 | 126 円 |
| サービス提供体制強化加算 (III) | ／月 | 24 単位 | 25 円 | 50 円 | 75 円 |
| | ／月 | 48 単位 | 51 円 | 101 円 | 151 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) | ／月 | 所定単位数の 90/1,000 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

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | ／日 | 600 円 |
| | おやつ代 | | 50 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります (非課税)

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します

料金表

[第1号通所事業（国基準相当）]

| | | | | | |
|------|------|----|-----|------|-------|
| 対象地域 | 東大和市 | 等級 | 4級地 | 地域加算 | 10.54 |
|------|------|----|-----|------|-------|

| | |
|----------|-------------|
| サービス提供時間 | 7時間以上 8時間未満 |
|----------|-------------|

| 項目 | 区分 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|-------------|---------|------|---------|---------|---------|----------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 事業対象者 要支援 1 | 週 1 回程度 | ／回 | 436 単位 | 460 円 | 919 円 | 1,379 円 |
| | | ／月 | 1798 単位 | 1,895 円 | 3,790 円 | 5,685 円 |
| 事業対象者 要支援 2 | 週 2 回程度 | ／回 | 447 単位 | 472 円 | 943 円 | 1,414 円 |
| | | ／月 | 3621 単位 | 3,817 円 | 7,633 円 | 11,450 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 |
| 口腔機能向上加算 (I) | ／月 | 150 単位 | 159 円 | 317 円 | 475 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | ／月 | 160 単位 | 169 円 | 338 円 | 506 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | ／回 | 20 単位 | 21 円 | 42 円 | 63 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | ／回 | 5 単位 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | ／月 | 40 単位 | 43 円 | 85 円 | 127 円 |
| サービス提供体制強化加算 (III) | ／月 | 24 単位 | 26 円 | 51 円 | 76 円 |
| | ／月 | 48 単位 | 51 円 | 101 円 | 152 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) | | 所定単位数の 90/1,000 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

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | ／日 | 600 円 |
| | おやつ代 | | 50 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります（非課税）

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します