

## 料金表

### [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	4 級地	地域加算	10.54
-------	------	----	------	------	-------

	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	616 円	1,231 円	1,847 円	658 単位	694 円	1,387 円	2,081 円
要介護 2	689 単位	727 円	1,453 円	2,179 円	777 単位	819 円	1,638 円	2,457 円
要介護 3	796 単位	839 円	1,678 円	2,517 円	900 単位	949 円	1,898 円	2,846 円
要介護 4	901 単位	950 円	1,900 円	2,849 円	1,023 単位	1,079 円	2,157 円	3,235 円
要介護 5	1,008 単位	1,063 円	2,125 円	3,188 円	1,148 単位	1,210 円	2,420 円	3,630 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	43 円	85 円	127 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	59 円	118 円	177 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	42 円	63 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
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 10/1,000 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

	項目	算定単位	料金
その他費用	食費	/日	700 円
	おやつ代		食費に含む

※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