

## 料金表

### [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	3 級地	地域加算	10.68
-------	------	----	------	------	-------

	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	624 円	1,248 円	1,872 円	658 単位	703 円	1,406 円	2,109 円
要介護 2	689 単位	736 円	1,472 円	2,208 円	777 単位	830 円	1,660 円	2,490 円
要介護 3	796 単位	851 円	1,701 円	2,551 円	900 単位	962 円	1,923 円	2,884 円
要介護 4	901 単位	963 円	1,925 円	2,887 円	1,023 単位	1,093 円	2,185 円	3,278 円
要介護 5	1,008 単位	1,077 円	2,153 円	3,230 円	1,148 単位	1,226 円	2,452 円	3,678 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	86 円	129 円
個別機能訓練加算 (I) イ	／日	56 単位	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練加算 (II)	／月	20 単位	22 円	43 円	64 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 円	43 円	64 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
サービス提供体制強化加算 (III)	／回	6 単位	7 円	13 円	20 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	43 円	86 円	129 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

	項目	算定単位	料金
その他費用	食費	／日	670 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

## 料金表

### [通所型サービス（現行相当）]

対象地域	大東市	等級	3級地	地域加算	10.68
------	-----	----	-----	------	-------

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	466 円	932 円	1,397 円
		／月	1,798 単位	1,921 円	3,841 円	5,761 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	447 単位	478 円	955 円	1,432 円
		／月	3,621 単位	3,868 円	7,735 円	11,602 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・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	／回	20 単位	22 円	43 円	64 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	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	／月	24 単位	26 円	52 円	77 円
	／月	48 単位	52 円	103 円	154 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	670 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

## 料金表

### [通所型介護予防サービス]

対象地域	東大阪市	等級	5 級地	地域加算	10.45
------	------	----	------	------	-------

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・2	週 1 回程度	／回	436 単位	456 円	912 円	1,367 円
		／月	1,798 単位	1,879 円	3,758 円	5,637 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	447 単位	468 円	935 円	1,402 円
		／月	3,621 単位	3,784 円	7,568 円	11,352 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・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

	項目	算定単位	料金
その他費用	食費	／日	670 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