

## 料金表

### [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	1 級地	地域加算	10.90
-------	------	----	------	------	-------

	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	637 円	1,273 円	1,910 円	658 単位	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	689 単位	751 円	1,502 円	2,253 円	777 単位	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	796 単位	868 円	1,736 円	2,603 円	900 単位	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	901 単位	982 円	1,964 円	2,946 円	1,023 単位	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	1,008 単位	1,099 円	2,198 円	3,297 円	1,148 単位	1,252 円	2,503 円	3,754 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	44 円	88 円	131 円
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/月	56 単位	61 円	122 円	183 円
個別機能訓練加算 (II)	/回	20 単位	22 円	44 円	66 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	22 円	44 円	66 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	6 円	11 円	17 円
口腔機能向上加算 (I)	/回	150 単位	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算 (II)	/月	160 単位	175 円	349 円	524 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	88 円	131 円
介護職員処遇改善加算 (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、口腔機能向上加算 (I・II) は月 2 回を限度とします

	項目	算定単位	料金
その他費用	食費	/日	650 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

### [通所型サービス (A6)]

対象地域	墨田区	等級	1 級地	地域加算	10.90
------	-----	----	------	------	-------

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	/ 月	1,798 単位	1,960 円	3,920 円	5,880 円
事業対象者 要支援2	週 2 回程度		3,621 単位	3,947 円	7,894 円	11,841 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	44 円	66 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/ 回	5 単位	6 円	11 円	17 円
口腔機能向上加算 (I)	/ 月	150 単位	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算 (II)	/ 月	160 単位	175 円	349 円	524 円
科学的介護推進体制加算	/ 月	40 単位	44 円	88 円	131 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	650 円
	おやつ代		50 円

※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 (A6)]

対象地域	台東区	等級	1 級地	地域加算	10.90
------	-----	----	------	------	-------

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	476 円	951 円	1,426 円
		/月	1798 単位	1,960 円	3,920 円	5,880 円
事業対象者 要支援2	週 2 回程度	/回	457 単位	488 円	975 円	1,462 円
		/月	3621 単位	3,947 円	7,894 円	11,841 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	44 円	66 円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	6 円	11 円	17 円	
口腔機能向上加算 (I)	/月	150 単位	164 円	327 円	491 円	
口腔機能向上加算 (II)	/月	160 単位	175 円	349 円	524 円	
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	88 円	131 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	650 円
	おやつ代		50 円

※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