

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	7 級地	地域加算	10.14
-------	------	----	------	------	-------

	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	593 円	1,185 円	1,777 円	658 単位	668 円	1,335 円	2,002 円
要介護 2	689 単位	699 円	1,398 円	2,096 円	777 単位	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 3	796 単位	808 円	1,615 円	2,422 円	900 単位	913 円	1,826 円	2,738 円
要介護 4	901 単位	914 円	1,828 円	2,741 円	1,023 単位	1,038 円	2,075 円	3,112 円
要介護 5	1,008 単位	1,023 円	2,045 円	3,067 円	1,148 単位	1,164 円	2,328 円	3,492 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	81 円	122 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	57 円	114 円	171 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	5 円	10 円	15 円
サービス提供体制強化加算 (II)	/回	18 単位	19 円	37 円	55 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	41 円	81 円	122 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 (I)	/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

その他費用	項目	算定単位	料金
	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