

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
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
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	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	/月	1,672 単位	1,718 円	3,435 円	5,152 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,428 単位	3,521 円	7,041 円	10,562 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
運動器機能向上加算	/月	225 単位	236 円	471 円	706 円
事業所評価加算	/回	120 単位	126 円	251 円	377 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)	/月	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 (II)	/月	24 単位	25 円	50 円	75 円
	/月	48 単位	51 円	101 円	151 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

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