

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							
	4 時間以上 5 時間未満				5 時間以上 6 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	388 単位	423 円	846 円	1,269 円	570 単位	622 円	1,243 円	1,864 円
要介護 2	444 単位	484 円	968 円	1,452 円	673 単位	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護 3	502 単位	548 円	1,095 円	1,642 円	777 単位	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 4	560 単位	611 円	1,221 円	1,832 円	880 単位	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護 5	617 単位	673 円	1,345 円	2,018 円	984 単位	1,073 円	2,145 円	3,218 円
	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	1023 単位	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	1008 単位	1,099 円	2,198 円	3,297 円	1148 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
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	61 円	122 円	183 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	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
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	88 円	131 円
サービス提供体制強化加算 (II)	/回	18 単位	20 円	40 円	59 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			

その他費用	項目	算定単位	料金
	食費	/日	600 円
	おやつ代		50 円

※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 ※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

[通所サービス (A7)]

対象地域	足立区	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・2	週 1 回程度	/回	417 単位	455 円	909 円	1,364 円
要支援 2	週 2 回以上					

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
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
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	44 円	88 円	131 円
サービス提供体制強化加算 (II)	/月	72 単位	79 円	157 円	236 円
	/月	144 単位	157 円	314 円	471 円
介護職員等処遇改善加算 (I)	/月	165 単位	180 円	360 円	540 円
	/月	333 単位	363 円	726 円	1,089 円
事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47 単位	-52 円	-103 円	-154 円

※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