

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	5 級地	地域加算	10.45
-------	------	----	------	------	-------

	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	611 円	1,221 円	1,831 円	658 単位	688 円	1,376 円	2,063 円
要介護 2	689 単位	720 円	1,440 円	2,160 円	777 単位	812 円	1,624 円	2,436 円
要介護 3	796 単位	832 円	1,664 円	2,496 円	900 単位	941 円	1,881 円	2,822 円
要介護 4	901 単位	942 円	1,883 円	2,825 円	1,023 単位	1,069 円	2,138 円	3,207 円
要介護 5	1,008 単位	1,054 円	2,107 円	3,160 円	1,148 単位	1,200 円	2,400 円	3,599 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	42 円	84 円	126 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	59 円	117 円	176 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	42 円	63 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)	/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
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	650 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