

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
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	58 円	115 円	173 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
口腔機能向上加算 (I)	/回	150 単位	157 円	314 円	471 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	168 円	335 円	502 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/回	6 単位	7 円	13 円	19 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、口腔機能向上加算 (I・II) は月 2 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		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

料金表

[通所型介護予防サービス]

対象地域	東大阪市	等級	5 級地	地域加算	10.45
------	------	----	------	------	-------

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	436 単位	456 円	912 円	1,367 円
		／月	1,798 単位	1,879 円	3,758 円	5,637 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	447 単位	468 円	935 円	1,402 円
		／月	3,621 単位	3,784 円	7,568 円	11,352 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
口腔機能向上加算 (I)	／月	150 単位	157 円	314 円	471 円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160 単位	168 円	335 円	502 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	単位	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	20 単位	6 円	11 円	16 円
科学的介護推進体制加算	／月	5 単位	42 円	84 円	126 円
サービス提供体制強化加算 (III)	／月	40 単位	25 円	50 円	75 円
	／月	24 単位	51 円	101 円	151 円
介護職員等処遇改善加算 (II)	／月	48 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		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

料金表

[介護予防型通所サービス]

対象地域	大阪市	等級	2級地	地域加算	10.72
------	-----	----	-----	------	-------

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	/月	1,798 単位	1,928 円	3,855 円	5,783 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,621 単位	3,882 円	7,764 円	11,646 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
口腔機能向上加算 (I)	/月	150 単位	161 円	322 円	483 円
口腔機能向上加算 (II)	/月	160 単位	172 円	343 円	515 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	単位	22 円	43 円	65 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	20 単位	6 円	11 円	16 円
科学的介護推進体制加算	/月	5 単位	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/月	40 単位	26 円	52 円	78 円
	/月	24 単位	52 円	103 円	155 円
介護職員等処遇改善加算 (II)	/月	48 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		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