

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	2級地	地域加算	10.72
-------	------	----	-----	------	-------

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	626 円	1,252 円	1,878 円	658 単位	706 円	1,411 円	2,116 円	要介護 2	689 単位	739 円	1,478 円	2,216 円	777 単位	833 円	1,666 円	2,499 円							
要介護 3	796 単位	854 円	1,707 円	2,560 円	900 単位	965 円	1,930 円	2,895 円	要介護 4	901 単位	966 円	1,932 円	2,898 円	1,023 単位	1,097 円	2,194 円	3,290 円							
要介護 5	1,008 単位	1,081 円	2,161 円	3,242 円	1,148 単位	1,231 円	2,462 円	3,692 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	43 円	86 円	129 円
入浴介助加算 (II)	／日	55 単位	59 円	118 円	177 円
個別機能訓練加算 (I) イ	／日	56 単位	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練加算 (II)	／月	20 単位	22 円	43 円	65 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 円	43 円	65 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	161 円	322 円	483 円
口腔機能向上加算 (II)	／回	160 単位	172 円	343 円	515 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	43 円	86 円	129 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	660 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

[総合事業通所介護]

対象地域	多摩市	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	週1回程度	/月	1798単位	1,928円	3,855円	5,783円
要支援 2		/月	1811単位	1,942円	3,883円	5,824円
事業対象者 要支援 2	週2回程度	/月	3621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	20単位	22円	43円	65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	43円	86円	129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	660円
	おやつ代		50円

※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