

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	3 級地	地域加算	10.68
-------	------	----	------	------	-------

	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	624 円	1,248 円	1,872 円	658 単位	703 円	1,406 円	2,109 円
要介護 2	689 単位	736 円	1,472 円	2,208 円	777 単位	830 円	1,660 円	2,490 円
要介護 3	796 単位	851 円	1,701 円	2,551 円	900 単位	962 円	1,923 円	2,884 円
要介護 4	901 単位	963 円	1,925 円	2,887 円	1,023 単位	1,093 円	2,185 円	3,278 円
要介護 5	1,008 単位	1,077 円	2,153 円	3,230 円	1,148 単位	1,226 円	2,452 円	3,678 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 (I) ロ	/日	76 単位	82 円	163 円	244 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	22 円	43 円	64 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	22 円	43 円	64 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	321 円	481 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	171 円	342 円	513 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制加算 (III)	/回	6 単位	7 円	13 円	20 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		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

料金表

[通所型サービス (従来型)]

対象地域	清瀬市	等級	3 級地	地域加算	10.68
------	-----	----	------	------	-------

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	／回	436 単位	466 円	932 円	1,397 円
		／月	1798 単位	1,921 円	3,841 円	5,761 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	447 単位	478 円	955 円	1,432 円
		／月	3621 単位	3,868 円	7,735 円	11,602 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	／月	150 単位	161 円	321 円	481 円
口腔機能向上加算	／月	160 単位	171 円	342 円	513 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 円	43 円	64 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
サービス提供体制加算 (III)	／月	24 単位	26 円	52 円	77 円
	／月	48 単位	52 円	103 円	154 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		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

料金表

[総合事業型予防通所介護]

対象地域	東久留米市	等級	3 級地	地域加算	10.68
------	-------	----	------	------	-------

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	1 月につき	1,798 単位	1,921 円	3,841 円	5,761 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	1 月につき	3,621 単位	3,868 円	7,735 円	11,602 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	321 円	481 円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160 単位	171 円	342 円	513 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 円	43 円	64 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
サービス提供体制強化加算 (III)	／月	24 単位	26 円	52 円	77 円
	／月	48 単位	52 円	103 円	154 円
介護職員処遇改善加算 (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		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

料金表

[介護予防通所介護相当サービス]

対象地域	新座市	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	週 1 回程度	1 月につき	1798 単位	1,879 円	3,758 円	5,637 円
事業対象者 要支援 2	週 1 回程度	1 月につき	1811 単位	1,893 円	3,785 円	5,678 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	1 月につき	3621 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	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
サービス提供体制強化加算	／月	24 単位	25 円	50 円	75 円
	／月	48 単位	51 円	101 円	151 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		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

料金表

[通所型サービス (独自)]

対象地域	飯能市	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	1 回につき	436 単位	448 円	896 円	1,344 円
		1 月につき	1798 単位	1,847 円	3,693 円	5,540 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	1 回につき	447 単位	459 円	918 円	1,377 円
		1 月につき	3621 単位	3,719 円	7,438 円	11,157 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	154 円	308 円	462 円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160 単位	165 円	329 円	493 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	／月	24 単位	25 円	50 円	74 円
	／月	48 単位	50 円	99 円	148 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		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