

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
	8時間以上 9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	669 単位	715 円	1,429 円	2,144 円				
要介護 2	791 単位	845 円	1,690 円	2,535 円				
要介護 3	915 単位	978 円	1,955 円	2,932 円				
要介護 4	1,041 単位	1,112 円	2,224 円	3,336 円				
要介護 5	1,168 単位	1,248 円	2,495 円	3,743 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	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
サービス提供体制強化加算 (II)	/回	18 単位	20 円	39 円	5 円
介護職員等処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 92/1,000 加算			

その他費用	項目	算定単位	料金	項目	算定単位	料金
		食費	/日	700 円	おやつ代	/日

※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

※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

[通所型サービスA]

対象地域	稲城市	等級	3級地	地域加算	10.68
------	-----	----	-----	------	-------

サービス提供時間	8時間以上 9時間未満
----------	-------------

項目	送迎	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
半日利用	なし	4回まで	/回	367単位	392円	784円	1,176円
		5回から8回		377単位	403円	806円	1,208円
	あり	4回まで		412単位	440円	880円	1,320円
		5回から8回		422単位	451円	902円	1,352円
全日利用	なし	4回まで		389単位	416円	831円	1,247円
		5回から8回		399単位	427円	853円	1,279円
	あり	4回まで		436単位	466円	932円	1,397円
		5回から8回		447単位	478円	955円	1,432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)	/回	40単位	43円	86円	129円
入浴介助加算 (II)	/回	55単位	59円	118円	177円
運動器機能向上加算	/月	225単位	241円	481円	721円
口腔機能向上加算	/月	150単位	161円	321円	481円
科学的介護推進体制加算	/月	40単位	43円	86円	129円
処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 92 / 1,000 加算			

その他費用	項目	算定単位	料金
	食費	/日	700円
	おやつ代		80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

[国基準通所型サービス]

対象地域	調布市	等級	3 級地	地域加算	10.68
------	-----	----	------	------	-------

サービス提供時間	8 時間以上 9 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	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	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
若年性認知症利用者受入加算	/月	240 単位	257 円	513 円	769 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 (II)	/月	72 単位	77 円	154 円	231 円
	/月	144 単位	154 円	308 円	462 円
介護職員等処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 92 / 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	700 円
	おやつ代		80 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

[国基準通所型サービス]

対象地域	府中市	等級	3級地	地域加算	10.68
------	-----	----	-----	------	-------

サービス提供時間	8時間以上 9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	1,798 単位	1,921 円	3,841 円	5,761 円
事業対象者 要支援 2			1,811 単位	1,935 円	3,869 円	5,803 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		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 (II)	/月	72 単位	77 円	154 円	231 円
	/月	144 単位	154 円	308 円	462 円
介護職員等処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 92/1,000 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	700 円
	おやつ代		80 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

[介護予防通所サービス]

対象地域	川崎市	等級	2 級地	地域加算	10.72
------	-----	----	------	------	-------

サービス提供時間	8 時間以上 9 時間未満
----------	---------------

項目	入浴	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	なし	／月	1697 単位	1,820 円	3,639 円	5,458 円
		／回	339 単位	364 円	727 円	1,091 円
	あり	／月	1897 単位	2,034 円	4,067 円	6,101 円
		／回	379 単位	407 円	813 円	1,219 円
要支援 2	なし	／月	3478 単位	3,729 円	7,457 円	11,186 円
		／回	348 単位	373 円	746 円	1,119 円
	あり	／月	3878 単位	4,158 円	8,315 円	12,472 円
		／回	388 単位	416 円	832 円	1,248 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	6 円	11 円	16 円
サービス提供体制強化加算 (II)	／月	72 単位	78 円	155 円	232 円
	／月	144 単位	155 円	309 円	463 円
介護職員等処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 92 / 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	／日	食費	700 円
		おやつ代	80 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