

料金表

[通所介護]

| | | | | | |
|-------|------|----|------|------|-------|
| 事業所規模 | 通常規模 | 等級 | 4 級地 | 地域加算 | 10.54 |
|-------|------|----|------|------|-------|

| | 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 | 616 円 | 1,231 円 | 1,847 円 | 658 単位 | 694 円 | 1,387 円 | 2,081 円 |
| 要介護 2 | 689 単位 | 727 円 | 1,453 円 | 2,179 円 | 777 単位 | 819 円 | 1,638 円 | 2,457 円 |
| 要介護 3 | 796 単位 | 839 円 | 1,678 円 | 2,517 円 | 900 単位 | 949 円 | 1,898 円 | 2,846 円 |
| 要介護 4 | 901 単位 | 950 円 | 1,900 円 | 2,849 円 | 1,023 単位 | 1,079 円 | 2,157 円 | 3,235 円 |
| 要介護 5 | 1,008 単位 | 1,063 円 | 2,125 円 | 3,188 円 | 1,148 単位 | 1,210 円 | 2,420 円 | 3,630 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 | 85 円 | 127 円 |
| 入浴介助加算 (II) | ／日 | 55 単位 | 58 円 | 116 円 | 174 円 |
| 個別機能訓練加算 (I) イ | ／日 | 56 単位 | 59 円 | 118 円 | 177 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 | 159 円 | 317 円 | 475 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | ／回 | 160 単位 | 169 円 | 338 円 | 506 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | ／月 | 40 単位 | 43 円 | 85 円 | 127 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

| | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| その他費用 | 食費 | ／日 | 700 円 |
| | おやつ代 | | 食費に含む |

※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

[通所介護相当サービス]

| | | | | | |
|------|-----|----|------|------|-------|
| 対象地域 | 豊中市 | 等級 | 4 級地 | 地域加算 | 10.54 |
|------|-----|----|------|------|-------|

| | |
|----------|---------------|
| 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 |
| 要支援 1 | 週 1 回程度 | /月 | 1,798 単位 | 1,895 円 | 3,790 円 | 5,685 円 |
| 要支援 2 | 週 2 回程度 | | 3,621 単位 | 3,817 円 | 7,633 円 | 11,450 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・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 (II) | /回 | 160 単位 | 169 円 | 338 円 | 506 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | /月 | 40 単位 | 43 円 | 85 円 | 127 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

※口腔機能向上加算 (II) は 1 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 | | 食費に含む |

※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