

## 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
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
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
介護職員処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	／月	所定単位数の 11/1,000 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

※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 ※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	323単位	345円	690円	1,035円
		5回から8回		333単位	356円	712円	1,067円
	あり	4回まで		363単位	388円	776円	1,163円
		5回から8回		373単位	399円	797円	1,195円
全日利用	なし	4回まで		343単位	367円	733円	1,099円
		5回から8回		353単位	377円	754円	1,131円
	あり	4回まで		383単位	409円	818円	1,227円
		5回から8回		393単位	420円	840円	1,260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	/回	45単位	48円	96円	144円
運動器機能向上加算	/月	225単位	241円	481円	721円
感染症対策加算	/回	110単位	118円	235円	353円
安否確認サービス	/回	180単位	193円	385円	577円

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

### [国基準第1号通所事業]

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	1,672 単位	1,786 円	3,572 円	5,357 円
事業対象者 要支援 2			1,714 単位	1,831 円	3,661 円	5,492 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,428 単位	3,662 円	7,323 円	10,984 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
運動器機能向上加算	/月	225 単位	241 円	481 円	721 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
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	/月	所定単位数の 11/1,000 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事業]

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	1,672 単位	1,786 円	3,572 円	5,357 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,428 単位	3,662 円	7,323 円	10,984 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
運動器機能向上加算	/月	225 単位	241 円	481 円	721 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
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	/月	所定単位数の 11/1,000 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

### [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	送迎	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	なし	／回	190 単位	204 円	408 円	611 円
			／月	952 単位	1,021 円	2,041 円	3,062 円
		あり	／回	240 単位	258 円	515 円	772 円
			／月	1,202 単位	1,289 円	2,577 円	3,866 円
	あり	なし	／回	284 単位	305 円	609 円	914 円
			／月	1,422 単位	1,525 円	3,049 円	4,573 円
		あり	／回	334 単位	358 円	716 円	1,074 円
			／月	1,672 単位	1,793 円	3,585 円	5,377 円
事業対象者 要支援 2	なし	なし	／回	198 単位	213 円	425 円	637 円
			／月	1,988 単位	2,132 円	4,263 円	6,394 円
		あり	／回	248 単位	266 円	532 円	798 円
			／月	2,488 単位	2,668 円	5,335 円	8,002 円
	あり	なし	／回	292 単位	313 円	626 円	939 円
			／月	2,928 単位	3,139 円	6,278 円	9,417 円
		あり	／回	342 単位	367 円	734 円	1,100 円
			／月	3,428 単位	3,675 円	7,350 円	11,025 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
運動器機能向上加算	／月	225 単位	242 円	483 円	724 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
介護職員処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算	／月	所定単位数の 11/1,000 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