

## 料金表

### [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	7 級地	地域加算	10.14
-------	------	----	------	------	-------

	サービス提供時間							
	6 時間以上 7 時間未満				5 時間以上 6 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	593 円	1,185 円	1,777 円	570 単位	578 円	1,156 円	1,734 円
要介護 2	689 単位	699 円	1,398 円	2,096 円	673 単位	683 円	1,365 円	2,048 円
要介護 3	796 単位	808 円	1,615 円	2,422 円	777 単位	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 4	901 単位	914 円	1,828 円	2,741 円	880 単位	893 円	1,785 円	2,677 円
要介護 5	1,008 単位	1,023 円	2,045 円	3,067 円	984 単位	998 円	1,996 円	2,994 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	41 円	81 円	122 円
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	57 円	114 円	171 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算 (I)	/回	150 単位	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	163 円	325 円	487 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	41 円	81 円	122 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/回	6 単位	6 円	12 円	18 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、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	600 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

### [第1号通所事業]

対象地域	札幌市	等級	7級地	地域加算	10.14
------	-----	----	-----	------	-------

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	4時間以上 ※身体介護・生活援助	／回	436単位	443円	885円	1,327円
			／月	1,798単位	1,824円	3,647円	5,470円
		4時間未満 ※運動・機能訓練に特化	／回	359単位	364円	728円	1,092円
			／月	1,438単位	1,459円	2,917円	4,375円
事業対象者 要支援2	週2回 程度	4時間以上 ※身体介護・生活援助	／回	447単位	454円	907円	1,360円
			／月	3,621単位	3,672円	7,344円	11,015円
		4時間未満 ※運動・機能訓練に特化	／回	361単位	366円	732円	1,098円
			／月	2,896単位	2,937円	5,873円	8,810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	153円	305円	457円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160単位	163円	325円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20単位	21円	41円	641円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5単位	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	／月	40単位	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算 (III)	／月	24単位	25円	49円	73円
	／月	48単位	49円	98円	146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	600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