

料金表

[通所介護]

事業所規模	地域密着型	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	678 単位	725 円	1,449 円	2,173 円	753 単位	805 円	1,609 円	2,413 円
要介護 2	801 単位	856 円	1,711 円	2,567 円	890 単位	951 円	1,901 円	2,852 円
要介護 3	925 単位	988 円	1,976 円	2,964 円	1,032 単位	1,103 円	2,205 円	3,307 円
要介護 4	1,049 単位	1,121 円	2,241 円	3,361 円	1,172 単位	1,252 円	2,504 円	3,755 円
要介護 5	1,172 単位	1,252 円	2,504 円	3,755 円	1,312 単位	1,402 円	2,803 円	4,204 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
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	680 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 A]

対象地域	西東京市	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		送迎	単位数 (月)	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・2	週 1 回程度	3 時間未満	なし	1310 単位	1,399 円	2,798 円	4,197 円
			あり	1657 単位	1,770 円	3,540 円	5,309 円
	3 時間以上	なし	1351 単位	1,443 円	2,886 円	4,329 円	
		あり	1708 単位	1,825 円	3,649 円	5,473 円	
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	3 時間未満	なし	2644 単位	2,824 円	5,648 円	8,472 円
			あり	3337 単位	3,564 円	7,128 円	10,692 円
	3 時間以上	なし	2726 単位	2,912 円	5,823 円	8,734 円	
		あり	3440 単位	3,674 円	7,348 円	11,022 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	22 円	43 円	64 円
	(II)	／回	5 単位	6 円	11 円	16 円
口腔機能向上加算	(I)	／月	150 単位	161 円	321 円	481 円
	(II)	／月	160 単位	171 円	342 円	513 円
運動器機能向上サービス強化加算	(I)	／月	125 単位	134 円	267 円	401 円
	(II)	／月	65 単位	70 円	139 円	209 円
科学的介護推進体制加算		／月	40 単位	43 円	86 円	129 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	680 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