

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 |
| | | 3 時間以上 | あり | 1657 単位 | 1,770 円 | 3,540 円 | 5,309 円 |
| | 週 2 回程度 | 3 時間未満 | なし | 1351 単位 | 1,443 円 | 2,886 円 | 4,329 円 |
| | | 3 時間以上 | あり | 1708 単位 | 1,825 円 | 3,649 円 | 5,473 円 |
| 事業対象者 要支援 2 | 週 1 回程度 | 3 時間未満 | なし | 2644 単位 | 2,824 円 | 5,648 円 | 8,472 円 |
| | | 3 時間以上 | あり | 3337 単位 | 3,564 円 | 7,128 円 | 10,692 円 |
| | 週 2 回程度 | 3 時間未満 | なし | 2726 単位 | 2,912 円 | 5,823 円 | 8,734 円 |
| | | 3 時間以上 | 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