

## 料金表

## [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	1級地	地域加算	10.90
-------	------	----	-----	------	-------

単位数	サービス提供時間							
	4時間以上 5時間未満			5時間以上 6時間未満				
	1割負担	2割負担	3割負担	単位数	自己負担額			
要介護 1	388 単位	423 円	846 円	1,269 円	570 単位	622 円	1,243 円	1,864 円
要介護 2	444 単位	484 円	968 円	1,452 円	673 単位	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護 3	502 単位	548 円	1,095 円	1,642 円	777 単位	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 4	560 単位	611 円	1,221 円	1,832 円	880 単位	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護 5	617 単位	673 円	1,345 円	2,018 円	984 単位	1,073 円	2,145 円	3,218 円
単位数	6時間以上 7時間未満				7時間以上 8時間未満			
	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	637 円	1,273 円	1,910 円	658 単位	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	689 単位	751 円	1,502 円	2,253 円	777 単位	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	796 単位	868 円	1,736 円	2,603 円	900 単位	981 円	1,962 冖	2,943 円
要介護 4	901 単位	982 円	1,964 円	2,946 円	1023 単位	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	1008 単位	1,099 円	2,198 冮	3,297 冮	1148 単位	1,252 冮	2,503 冮	3,754 冮

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	44 円	88 円	131 円
入浴介助加算 (II)	／日	55 単位	60 円	120 冮	180 冮
個別機能訓練加算 (I) イ	／日	56 単位	61 冮	122 冮	183 冮
個別機能訓練加算 (II)	／月	20 単位	22 冮	44 冮	66 冮
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 冮	44 冮	66 冮
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5 単位	6 冮	11 冮	17 冮
口腔機能向上加算 (I)	／回	150 単位	164 冮	327 冮	491 冮
口腔機能向上加算 (II)	／回	160 単位	175 冮	349 冮	524 冮
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	44 冮	88 冮	131 冮
サービス提供体制強化加算 (II)	／回	18 単位	20 冮	40 冮	59 冮
介護職員等処遇改善加算 (I)	／月	所定単位数の 92/1,000 加算			

その他費用	項目	算定単位	料金	項目	算定単位	料金
	食費	／日	600 冮	おやつ代	／日	50 冮

※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

※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

## [通所サービス (A7)]

対象地域	足立区	等級	1級地	地域加算	10.90
------	-----	----	-----	------	-------

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・2	週1回程度	／回	417単位	455円	909円	1,364円
要支援2	週2回以上					

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	164円	327円	491円
口腔機能向上加算(II)	／月	160単位	175円	349円	524円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	／回	20単位	22円	44円	66円
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	／回	5単位	6円	11円	17円
科学的介護推進体制加算	／月	40単位	44円	88円	131円
サービス提供体制強化加算(II)	／月	72単位	79円	157円	236円
	／月	144単位	157円	314円	471円
介護職員等処遇改善加算(I)	／月	165単位	180円	360円	540円
	／月	333単位	363円	726円	1,089円
事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47単位	-52円	-103円	-154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

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