

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	6 級地	地域加算	10.27
-------	------	----	------	------	-------

	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	600 円	1,200 円	1,800 円	658 単位	676 円	1,352 円	2,028 円
要介護 2	689 単位	708 円	1,416 円	2,123 円	777 単位	798 円	1,596 円	2,394 円
要介護 3	796 単位	818 円	1,635 円	2,453 円	900 単位	925 円	1,849 円	2,773 円
要介護 4	901 単位	926 円	1,851 円	2,776 円	1,023 単位	1,051 円	2,102 円	3,152 円
要介護 5	1,008 単位	1,036 円	2,071 円	3,106 円	1,148 単位	1,179 円	2,358 円	3,537 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	82 円	123 円
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	57 円	113 円	170 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	58 円	115 円	173 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	41 円	62 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	21 円	41 円	62 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	154 円	308 円	462 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	165 円	329 円	493 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	41 円	82 円	123 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/回	6 単位	7 円	13 円	19 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	700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（旧介護予防通所介護相当サービス）]

対象地域	武蔵村山市	等級	6級地	地域加算	10.27
------	-------	----	-----	------	-------

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	/回	436単位	448円	896円	1,344円
		/月	1798単位	1,847円	3,693円	5,540円
事業対象者 要支援2	週2回程度	/回	447単位	459円	918円	1,377円
		/月	3621単位	3,719円	7,438円	11,157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	154円	308円	462円
口腔機能向上加算(II)	/月	160単位	165円	329円	493円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	/回	20単位	21円	42円	63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	42円	84円	126円
サービス提供体制強化加算(III)	/月	24単位	25円	50円	75円
	/月	48単位	51円	101円	151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	700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（国基準相当）]

対象地域	東大和市	等級	4級地	地域加算	10.54
------	------	----	-----	------	-------

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	/回	436単位	460円	919円	1,379円
		/月	1798単位	1,895円	3,790円	5,685円
事業対象者 要支援2	週2回程度	/回	447単位	472円	943円	1,414円
		/月	3621単位	3,817円	7,633円	11,450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	159円	317円	475円
口腔機能向上加算(II)	/月	160単位	169円	338円	506円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	/回	20単位	21円	42円	63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	85円	127円
サービス提供体制強化加算(III)	/月	24単位	26円	51円	76円
	/月	48単位	51円	101円	152円
介護職員等処遇改善加算(II)			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	700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