

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