

## 料金表

## [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	5 級地	地域加算	10.45
-------	------	----	------	------	-------

単位数	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				
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	単位数	自己負担額			
要介護 1	584 単位	611 円	1,221 円	1,831 円	658 単位	688 円	1,376 円	2,063 円
要介護 2	689 単位	720 円	1,440 円	2,160 円	777 単位	812 円	1,624 円	2,436 円
要介護 3	796 単位	832 円	1,664 円	2,496 円	900 単位	941 円	1,881 円	2,822 円
要介護 4	901 単位	942 円	1,883 円	2,825 円	1,023 単位	1,069 円	2,138 円	3,207 円
要介護 5	1,008 単位	1,054 円	2,107 円	3,160 円	1,148 単位	1,200 円	2,400 円	3,599 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	42 円	84 円	126 円
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	58 円	115 円	173 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	59 円	117 円	176 円
個別機能訓練加算 (I) ロ	/日	76 単位	80 円	159 円	239 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	21 円	42 円	63 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
口腔機能向上加算 (I)	/回	150 単位	157 円	314 円	471 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	168 円	335 円	502 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	42 円	84 円	126 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		食費に含む

※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

### [介護予防通所介護相当サービス]

対象地域	新座市	等級	5 級地	地域加算	10.45
------	-----	----	------	------	-------

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	／月	1798 単位	1,879 円	3,758 円	5,637 円
事業対象者 要支援 2			1811 単位	1,893 円	3,785 円	5,678 円
事業対象者 要支援 2			3621 単位	3,784 円	7,568 円	11,352 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	／月	150 単位	157 円	314 円	471 円
口腔機能向上加算	／月	160 単位	168 円	335 円	502 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
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		食費に含む

※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

### [介護予防通所介護相当サービス]

対象地域	朝霞市	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	／月	1798 単位	1,895 円	3,790 円	5,685 円
事業対象者 要支援 2			1811 単位	1,909 円	3,818 円	5,727 円
事業対象者 要支援 2			362 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	／月	150 単位	159 円	317 円	475 円
口腔機能向上加算	／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
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		食費に含む

※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