

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	2 級地	地域加算	10.72
-------	------	----	------	------	-------

	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	626 円	1,252 円	1,878 円	658 単位	706 円	1,411 円	2,116 円
要介護 2	689 単位	739 円	1,478 円	2,216 円	777 単位	833 円	1,666 円	2,499 円
要介護 3	796 単位	854 円	1,707 円	2,560 円	900 単位	965 円	1,930 円	2,895 円
要介護 4	901 単位	966 円	1,932 円	2,898 円	1,023 単位	1,097 円	2,194 円	3,290 円
要介護 5	1,008 単位	1,081 円	2,161 円	3,242 円	1,148 単位	1,231 円	2,462 円	3,692 円
	5 時間以上 6 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	570 単位	611 円	1,222 円	1,833 円				
要介護 2	673 単位	722 円	1,443 円	2,165 円				
要介護 3	777 単位	833 円	1,666 円	2,499 円				
要介護 4	880 単位	944 円	1,887 円	2,830 円				
要介護 5	984 単位	1,055 円	2,110 円	3,165 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 (II)	／回	160 単位	172 円	343 円	515 円
中重度ケア体制加算	／回	45 単位	49 円	97 円	145 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算 (II)	／回	18 単位	20 円	39 円	5 円
福祉・介護職員等处遇改善加算 (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
		食費・おやつ代	／日

※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

※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

[介護予防型通所サービス]

対象地域	大阪市	等級	2 級地	地域加算	10.72
------	-----	----	------	------	-------

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	/月	1,798 単位	1,928 円	3,855 円	5,783 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,621 単位	3,882 円	7,764 円	11,646 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	65 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 (II)	/月	160 単位	172 円	343 円	515 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算 (II)	/月	72 単位	78 円	155 円	232 円
	/月	144 単位	155 円	309 円	463 円
福祉・介護職員等処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 92 / 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	650 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