

## 料金表

### [通所介護]

|       |      |    |      |      |       |
|-------|------|----|------|------|-------|
| 事業所規模 | 通常規模 | 等級 | 4 級地 | 地域加算 | 10.54 |
|-------|------|----|------|------|-------|

|       | 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        | 616 円   | 1,231 円 | 1,847 円 | 658 単位        | 694 円   | 1,387 円 | 2,081 円 |
| 要介護 2 | 689 単位        | 727 円   | 1,453 円 | 2,179 円 | 777 単位        | 819 円   | 1,638 円 | 2,457 円 |
| 要介護 3 | 796 単位        | 839 円   | 1,678 円 | 2,517 円 | 900 単位        | 949 円   | 1,898 円 | 2,846 円 |
| 要介護 4 | 901 単位        | 950 円   | 1,900 円 | 2,849 円 | 1,023 単位      | 1,079 円 | 2,157 円 | 3,235 円 |
| 要介護 5 | 1,008 単位      | 1,063 円 | 2,125 円 | 3,188 円 | 1,148 単位      | 1,210 円 | 2,420 円 | 3,630 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  | 85 円  | 127 円 |
| 入浴介助加算 (II)         | ／日   | 55 単位                | 58 円  | 116 円 | 174 円 |
| 個別機能訓練加算 (I) イ      | ／日   | 56 単位                | 59 円  | 118 円 | 177 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               | 159 円 | 317 円 | 475 円 |
| 口腔機能向上加算 (II)       | ／回   | 160 単位               | 169 円 | 338 円 | 506 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、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 |      | 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 | 摂津市 | 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・2 | 週 1 回程度 | /月   | 1,672 単位 | 1,748 円 | 3,495 円 | 5,247 円  |
| 事業対象者 要支援 2   | 週 2 回程度 |      | 3,428 単位 | 3,587 円 | 7,165 円 | 10,747 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                | 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 (II)   | /月   | 72 単位                | 76 円  | 151 円 | 226 円 |
|                     | /月   | 144 単位               | 151 円 | 301 円 | 452 円 |
| 口腔機能向上加算 (II)       | /月   | 160 単位               | 168 円 | 335 円 | 502 円 |
| 介護職員処遇改善加算 (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 |      | 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

### [通所型サポートサービス]

|      |     |    |      |      |       |
|------|-----|----|------|------|-------|
| 対象地域 | 吹田市 | 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   | 1,798 単位 | 1,895 円 | 3,790 円 | 5,685 円  |
| 要支援 2       | 週 2 回程度 | ／回   | 447 単位   | 472 円   | 943 円   | 1,414 円  |
|             |         | ／月   | 3,621 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・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 (II)       | ／月   | 160 単位               | 169 円 | 338 円 | 506 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 (II)   | ／月   | 72 単位                | 76 円  | 152 円 | 228 円 |
|                     | ／月   | 144 単位               | 152 円 | 304 円 | 456 円 |
| 介護職員処遇改善加算 (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 |      | 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