

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