

## 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   | 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

## 料金表

### [介護予防通所介護相当サービス]

|      |       |    |      |      |       |
|------|-------|----|------|------|-------|
| 対象地域 | 河内長野市 | 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   | 1,799 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   | 3,621 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 |
| 若年性認知症利用者受入加算       | ／月   | 240 単位             | 247 円 | 493 円 | 740 円 |
| 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  | 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  |
| 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)  | ／月   | 24 単位              | 25 円  | 50 円  | 74 円  |
|                     | ／月   | 48 単位              | 50 円  | 99 円  | 148 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   | 650 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