

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			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	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 (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	600 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

[1日型デイサービス]

対象地域	広島市	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	1,798単位	1,879円	3,758円	5,637円
要支援2	週2回程度		3,621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(I)	／月	150単位	157円	314円	471円
口腔機能向上加算(II)	／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	600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