

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	その他	地域加算	10.00
-------	------	----	-----	------	-------

	サービス提供時間							
	6 時間以上 7 時間未満				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	584 単位	584 円	1,168 円	1,752 円	570 単位	570 円	1,140 円	1,710 円
要介護 2	689 単位	689 円	1,378 円	2,067 円	673 単位	673 円	1,346 円	2,019 円
要介護 3	796 単位	796 円	1,592 円	2,388 円	777 単位	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 4	901 単位	901 円	1,802 円	2,703 円	880 単位	880 円	1,760 円	2,640 円
要介護 5	1,008 単位	1,008 円	2,016 円	3,024 円	984 単位	984 円	1,968 円	2,952 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	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算 (II)	/日	55 単位	55 円	110 円	165 円
個別機能訓練加算 (I) イ	/日	56 単位	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算 (II)	/月	20 単位	20 円	40 円	60 円
若年性認知症利用者受入加算	/日	60 単位	60 円	120 円	180 円
口腔機能向上加算 (I)	/回	150 単位	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上加算 (II)	/回	160 単位	160 円	320 円	480 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/回	6 単位	6 円	12 円	18 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	40 円	80 円	120 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			

※入浴介助加算 (II)、口腔機能向上加算 (II) は必要時のみ加算となります

※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 (おやつ代は食費に含む)
	日常生活費	/回	100 円

※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「食費」の金額を頂戴します

料金表

[予防型通所介護サービス]

対象地域	鹿児島市	等級	その他	地域加算	10.00
------	------	----	-----	------	-------

サービス提供時間	6 時間以上 7 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	/月 日割 59 単位	1,798 単位	1,798 円	3,596 円	5,394 円
要支援 2	週 2 回程度					

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	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上加算 (II)	/月	160 単位	160 円	320 円	480 円
若年性認知症利用者受入加算	/月	240 単位	240 円	480 円	720 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	5 円	10 円	15 円
サービス提供体制強化加算 (III)	/月	24 単位	24 円	48 円	72 円
	/月	48 単位	48 円	96 円	144 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	40 円	80 円	120 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 (おやつ代は食費に含む)
	日常生活費	/回	100 円

※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