

### 悠林の丘 ご利用料金表

\*「負担割合証」に記載された割合が2割の方は赤字 3割の方は青色料金となります。

介護報酬内容及びその他の料金	基本部分	選択的サービス						サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	通所介護ベースアップ等支援加算	1か月あたりの利用料金				
		運動器機能向上加算	口腔機能向上加算	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	生活機能向上グループ活動加算	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ					介護給付サービス利用料(円)	介護職員処遇改善加算Ⅰ(円)	介護職員処遇改善加算Ⅱ(円)	通所介護ベースアップ等支援加算(円)	合計金額(円)
要介護度	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円	円	円	1,672	99	20	18	1,863	
事業対象者・要支援1 (週に1回程度で月4回を超えた場合)	1,672	225	150	480	100	72	120				3,344	197	40	37	3,725	
	5,016										450	300	960	200	144	240
(週に1回程度で月4回以内)	384	675	450	1,440	300	216	360				384	23	5	4	483	
	768										768	45	9	8	967	
1,152	1,152	68	14	13	1,450											
事業対象者・要支援2 (週に2回程度で月8回を超えた場合)	3,428	225	150	480	100	144	120				3,428	202	41	38	3,815	
6,856	6,856										405	82	75	7,631		
10,284	10,284	607	123	113	11,446											
(週に2回程度で月8回以内)	395	675	450	1,440	300	432	360				395	23	5	4	567	
	790										790	47	9	9	1,134	
1,185	1,185	70	14	13	1,701											
介護報酬内容	基本単位	口腔機能向上加算	入浴加助加算	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	通所介護ベースアップ等	1日あたりの利用料金(口腔機能向上加算、その他の料金は含まず) ※加算サービス選択時は金額が変動します。								
要介護度	円/日	円/回 *月2回まで	円/日	円/日	円	円	円	介護給付サービス利用料	介護職員処遇改善加算Ⅱ(円)	介護職員処遇改善加算Ⅰ(円)	通所介護ベースアップ等支援加算(円)	合計金額				
要介護 1	567	150	40	18				567	33	7	6	625				
1,134	1,134							67	14	12	1,251					
1,701	1,701	100	19	1,876												
要介護 2	670	300	80	36				670	40	8	7	736				
1,340	1,340							79	16	15	1,471					
2,010	2,010	119	24	22	2,207											
要介護 3	773	450	120	54				773	46	9	9	846				
1,546	1,546							91	19	17	1,692					
2,319	2,319	137	28	26	2,538											
要介護 4	876							876	52	11	10	956				
1,752	1,752							103	21	19	1,912					
2,628	2,628	155	32	29	2,869											
要介護 5	979							979	58	12	11	1,067				
1,958	1,958							116	23	22	2,133					
2,937	2,937	173	35	32	3,200											

※ 事業所評価加算は現在算定基準を満たしていないため算定されません。

加算	加算条件	料金
運動器機能向上加算	運動器機能向上についての計画を策定し、これに基づいてサービス提供を行った場合。	225円 450円 675円/月
口腔機能向上加算	歯科衛生士または看護職員等を配置のうえ、口腔機能改善管理指導計画を策定し、これに基づいてサービス提供を行った場合。	要支援・事業対象者の方150円 300円 450円/月 要介護の方150円 300円 450円/日 *月2回まで
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	運動器及び口腔機能向上加算を選択し、いずれかを毎週1回以上、かつ、いずれかを月2回以上実施した場合。	480円 960円 1440円/月
生活機能向上グループ活動加算	同じ課題を有する7人以下のグループで、日常生活に直結した衣食住、機器操作、記録作成等の活動を行った場合。( * 運動器機能向上加算及び口腔機能向上加算との同時算定不可 )	100円 200円 300円/月
入浴加助加算	入浴加助や入浴中の見守りを行った場合。	40円 80円 120円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合。	要支援1の方72円 144円 216円/月 要支援2の方144円 288円 432円/月 要介護の方 18円 36円 54円/日

その他の料金	種類		食費	円/回	600	※おむつ代・食費は、第1号通所型サービス・通所介護共に同一料金です。
	種類	円/1枚				
おむつ代	アデントテープ止めM	58	600	600		
	アデントテープ止めL	67				
	アデントリハビリパンツM	62				
	アデントリハビリパンツL	68				
	アデント綿ハンズ用尿取りパット	18				
	アデント尿取りパット	27				
* 通常の実施地域を超えて行う際に要した交通費は実費となります。 ① 事業所から片道概ね10km未満 無料 ② 事業所から片道概ね10km以上 1kmにつき10円 ※生活機能向上グループ活動加算にかかる材料費、及び選択的に行っていた機能訓練にかかる材料費は実費となります。 ただし、ご本人様に還元される材料についての請求させていただきます。						