

## 木立の舎 ご利用料金表

\*「負担割合証」に記載された割合が2割の方は赤字の料金となります。

介護報酬内容	基本部分	口腔機能向上加算	入浴介助加算	サービス提供体制強化加算Ⅰイ	介護職員処遇改善加算Ⅰ	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。 *			
						介護給付サービス 利用料	介護職員処遇改善加算(円)	合計金額	
認知症対応型通所介護費Ⅱ(併設型 7時間以上9時間未満)	要介護 1	885 1,770					885 1,770	67 135	952 1,905
	要介護 2	980 1,960					980 1,960	74 149	1,054 2,109
	要介護 3	1,076 2,152	150 300/日 *月2回まで	50 100	18 36	基本単位と加算単位の合計の6.8%	1,076 2,152	82 164	1,176 2,316
	要介護 4	1,172 2,344					1,172 2,344	89 178	1,261 2,522
	要介護 5	1,267 2,534					1,267 2,534	96 193	1,363 2,727
	要支援 1	766 1,532	150 300/月 *月2回まで	50 100	18 36		基本単位と加算単位の合計の7.6%	766 1,532	58 116
要支援 2	855 1,710				855 1,710			65 130	920 1,840

※サービス提供時間を超える延長のご希望につきましては、ご相談いただければ17時30分まで対応が可能です。延長分のご負担はありません。

加算	加算条件	料金
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。	150円 300円 *月2回まで
入浴介助加算	入浴介助や入浴中の見守りを行った場合。	50円 100円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	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。	18円 36円/日

おむつの種類	料金 円/1枚	食費	料金 回/円
			500円
アテント テープ止めM	58		
アテント テープ止めL	67		
アテント リハビリパンツM	62		
アテント リハビリパンツL	68		
アテント 紙パンツ用尿取パット	18		
アテント 尿取パット	27		