

## 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割の方は赤字の料金となります。

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			生活機能向上グループ活動加算	サービス提供体制強化加算 I イ	事業所評価加算(※)	介護職員処遇改善加算 I	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					介護給付サービス利用料(円)	介護職員処遇改善加算(円)	合計金額(円)
介護予防通所介護費	要介護度	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円/月	円	介護給付サービス利用料(円)	介護職員処遇改善加算(円)	合計金額(円)	
	要支援 1	1,647 3,294	225	150	480	100	72 144	120	基本単位と加算単位の合計の4.3%	71 142	1,790 3,580	
	要支援 2	3,377 6,754	450	300	960	200	144 288	240		145 290	3,666 7,332	
	事業対象者要支援1	1,647 3,294	225	150	480	100	72 144	120		71 142	1,790 3,580	
事業対象者要支援2	3,377 6,754	450	300	960	200	144 288	240	145 290		3,666 7,332		
介護報酬内容		基本単位	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。	
通常規模型通所介護費 (5時間以上7時間未満)	要介護度	円/日	円/回 *月2回まで		円/日		円/日		円	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
	要介護 1	572 1,144	150 300		50 100		18 36		基本単位と加算単位の合計の4.3%	25 49	597 1,193	
	要介護 2	676 1,352								29 58	705 1,428	
	要介護 3	780 1,560								34 67	814 1,663	
	要介護 4	884 1,768								38 76	922 1,844	
	要介護 5	988 1,976								42 85	1,030 2,061	

※ 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/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/月  要介護の方 150円 300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/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/月
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。	要支援1の方 72円 144円/月 要支援2の方 144円 288円/月 要介護の方 18円 36円/日

その他の料金	種類	円/1枚	食費	円/回	※おむつ代・食費は、 介護予防通所介護・通所 介護共に同一料金です。
	アテントテープ止めM	58		500	
	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りパット	18			
	アテント尿取りパット	27			
※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だく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み請求させていただきます。					