

〈サービス料金表〉

\*\*\*サービス所要時間：6時間以上8時間未満\*\*\*

費用項目		介護保険1割負担額×地域加算(10.33)	内 訳
(共通のサービス)			
基本部分	支援度	要支援1	1,872円/月
		要支援2	3,838円/月
(選択的サービス)			
※運動機能向上加算		233円/月	理学療法士等を中心に他職種協働で個別計画を作成し、実施・評価・見直し等した場合
※栄養改善加算		155円/月	低栄養状態の改善を目的とし、個別に栄養改善サービスを実施した場合
※口腔機能向上加算		155円/月	歯科衛生士等が口腔機能改善計画を作成し適切なサービスの実施・評価・見直し等実施した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1		75円/月	介護福祉士が50%以上配置されている場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2		149円/月	介護福祉士が50%以上配置されている場合
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)		496円/月	※のサービスを選択的に2種類実施した場合
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		724円/月	※のサービスを選択的に3種類実施した場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数にサービス別加算(3.4%)を乗じた単位数で算定	サービス内容により金額が変わる

〈保険外負担利用料金表〉

費用項目	金額	内 訳
食費(昼食)	660円/回	食材料費及び調理費相当額
おやつ代	200円/日	お茶菓子など 15時に提供 希望者のみ
日用品費	135円/日	ティッシュペーパー・タオルリース代など
教養娯楽費	100円/日	教養娯楽に関するもの 娯楽・レク材料など
特別行事費	実費/回	各種行事参加者
オムツ代	実費/回	パンツ型200円 紙オムツ170円 フラット型100円 尿取り50円