# ≪ 東 風 荘 ≫
# 利用料金のご案内

《地域密着型通所介護》

＊1日の利用料金は次の①の該当部分と②の費用を合算した金額になります。

○（ 施設利用料 ）・介護保険制度では、要介護度の程度によって利用料が異なります。

以下は、1日当たりの利用料金です。

## 1 《地域密着型通所介護》　（令和8年8月1日より）

| 地域密着型通所介護費 | | 金　額（日　額） | |
|---|---|---|---|
| | | 6時間以上7時間時間未満（9:30～15:45） | 7時間以上8時間時間未満（9:30～16:45） |
| 介護保険1割負担分 ① | ○ 要介護 1 | 678 円 | 753 円 |
| | ○ 要介護 2 | 801 円 | 890 円 |
| | ○ 要介護 3 | 925 円 | 1,032 円 |
| | ○ 要介護 4 | 1,049 円 | 1,172 円 |
| | ○ 要介護 5 | 1,172 円 | 1,312 円 |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 円 | |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ)イ(月の介護保険1割負担金額×11.7%)円 | (Ⅰ)ロ(月の介護保険1割負担金額×12.7%)円 |
| | | (Ⅱ)ロ(月の介護保険1割負担金額×11.5%)円 | (Ⅱ)イ(月の介護保険1割負担金額×12.5%)円 |
| | | (Ⅲ)イ(月の介護保険1割負担金額×10.5%)円 | (Ⅳ)イ(月の介護保険1割負担金額×8.9%)円 |
| | ※ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ・Ⅱ）（6ヶ月に1回を限度） | （Ⅰ） 20 円 | |
| | | （Ⅱ） 5 円 | |
| | ※ 口腔機能向上加算（Ⅰ・Ⅱ）（3ヶ月以内、月2回を限度） | （Ⅰ） 150 円 | |
| | | （Ⅱ） 160 円 | |
| | ※ 認知症加算 | 60 円 | |
| | ※ 個別機能訓練加算 | （Ⅰ）イ 56 円 | |
| | | （Ⅱ） 20 円 （月額） | |
| | ※生活機能向上連携加算（Ⅰ・Ⅱ） | （Ⅰ）（3ヶ月に1回を限度） 100 円 （月額） | |
| | | （Ⅱ） 200 （個別機能訓練加算算定の場合）100 円 （月額） | |
| | ※ 入浴介助加算（Ⅰ・Ⅱ） | （Ⅰ） 40 円 | |
| | | （Ⅱ） 55 円 | |
| | ※ 栄養アセスメント加算 | 50 円 （月額） | |
| | ※ 栄養改善加算（3ヶ月以内、月2回を限度） | 200 円 | |
| | ※ ADL維持等加算（Ⅰ・Ⅱ） | （Ⅰ） 30 円 （月額） | |
| | | （Ⅱ） 60 円 （月額） | |
| | ※ 科学的介護推進体制加算 | 40 円 （月額） | |
| | ※ 中重度者ケア体制加算 | 45 円 | |
| | ※ 若年性認知症利用者受入加算 | 60 円 | |
| 食　　費 ② | | 740 円 （1回） | |
| | | | |

■ ※印の加算に関しては、対象者のみです。

■ 上記介護保険料金は1割負担分の金額です。所得により2～3割負担となります。

## 2 その他料金(実費利用料)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① おむつ代 | 1枚 | 50～100円 | |
| ② パッド代 | 1枚 | 50円 | |
| ③ 連絡帳代 | 1冊 | 150円 | |
| ④ 連絡帳ケース | 1個 | 150円 | |
| ⑤ 文章発行手数料 | 1枚 | 300円 | (請求書・領収書再発行) |
| ⑥ イベント食 | 1食 | 320円 | |

(ご利用日がイベント食に当たりますと、当日は食費＋320円かかります)

⑦ レクリエーション費用、行事参加費などは別途料金となりますが、契約時に決めさせていただきます。

※食費については、サービス提供日の前日17:30までにご連絡下さい。
それ以後の連絡の場合料金が発生いたし。

※ 各種減免証(社会福祉法人減免証等)をお持ちの方はご利用時にご提示下さい。