

聴いの里通所介護事業所 利用料金表 【1割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

	保険内		保険外			(円)
	利用料	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費	
要支援	1,847	275	720	85	50	1月あたりの利用料の目安 週1回(4割分) 週2回(8割分) 5,542 8,962 7,648 11,068
	3,719	509				

【要介護1～5】

	保険内			保険外			(円)	1月あたりの利用料の目安 (円)			
	利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費		1日あたりの利用料の目安	週1回(4割分)	週2回(8割分)	週3回(13割分)
7 ～ 8 時間 要介護	676	75	44	720	85	50	1,606	6,468	12,892	20,922	28,952
	798	85					1,738	6,996	13,948	22,638	31,328
	925	96					1,876	7,548	15,052	24,432	33,812
	1,051	106					2,012	8,092	16,140	26,200	36,260
	1,179	117					2,151	8,648	17,252	28,007	38,762
6 ～ 7 時間 要介護	600	69	44	720	85	50	1,524	6,140	12,236	19,856	27,476
	708	78					1,641	6,608	13,172	21,377	29,582
	818	87					1,760	7,084	14,124	22,924	31,724
	926	96					1,877	7,552	15,060	24,445	33,830
	1,036	105					1,996	8,028	16,012	25,992	35,972
5 ～ 6 時間 要介護	586	68	44	720	85	50	1,509	6,080	12,116	19,661	27,206
	692	77					1,624	6,540	13,036	21,156	29,276
	798	85					1,738	6,996	13,948	22,638	31,328
	904	94					1,853	7,456	14,868	24,133	33,396
	1,011	103					1,969	7,920	15,796	25,641	35,466

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

	(円)	1月あたりの目安(円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ 185/月	176
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 21/回	22
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 6/回	22
	入浴介助加算Ⅰ 41/月	44×利用回数
要介護	口腔機能向上加算Ⅱ ※2回限度 165/月	357
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 21/回	22
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 6/回	6
	生活機能向上連携加算Ⅰ 103/月	111
	個別機能訓練加算Ⅰイ 58/回	62×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅰロ 78/回	84×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ 21/月	22
	若年性認知症利用者受入加算 62/月	67×利用日数

※『加算』の項目：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、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ  
 ※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。

聴いの里通所介護事業所 利用料金表 【2割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

	保険内		保険外			(円)
	利用料	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費	
要支援	3,693	551	720	85	50	1月あたりの利用料の目安 週1回(4割分) 週2回(8割分) 7,664 11,084 11,876 15,296
	7,438	1,018				

【要介護1～5】

	保険内			保険外			(円)	1月あたりの利用料の目安 (円)			
	利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費		1日あたりの利用料の目安	週1回(4割分)	週2回(8割分)	週3回(13割分)
7 ～ 8 時間 要介護	1,352	150	88	720	85	50	2,357	9,516	18,944	30,729	42,514
	1,596	170					2,621	10,572	21,056	34,161	47,266
	1,849	191					2,895	11,668	23,248	37,723	52,198
	2,102	212					3,169	12,764	25,440	41,285	57,130
	2,358	233					3,446	13,872	27,656	44,886	62,116
6 ～ 7 時間 要介護	1,200	130	88	720	85	50	2,193	8,800	17,632	28,597	39,567
	1,416	156					2,427	9,796	19,504	31,639	43,774
	1,635	174					2,664	10,744	21,400	34,720	48,040
	1,851	191					2,897	11,676	23,264	37,749	52,234
	2,071	209					3,135	12,628	25,168	40,843	56,516
5 ～ 6 時間 要介護	1,171	136	88	720	85	50	2,162	8,736	17,384	28,194	39,004
	1,383	153					2,391	9,652	19,216	31,171	43,126
	1,596	170					2,621	10,572	21,056	34,161	47,266
	1,808	188					2,851	11,492	22,896	37,151	51,406
	2,021	205					3,081	12,412	24,736	40,141	55,546

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

	(円)	1月あたりの目安(円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ 329/月	355
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 41/回	44
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 11/回	11
	入浴介助加算Ⅰ 82/月	88×利用回数
要介護	口腔機能向上加算Ⅱ ※2回限度 329/月	711
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 41/回	44
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 11/回	11
	生活機能向上連携加算Ⅰ 206/月	222
	個別機能訓練加算Ⅰイ 115/回	124×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅰロ 156/回	168×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ 41/月	44
	若年性認知症利用者受入加算 124/月	134×利用日数

※『加算』の項目：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、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ  
 ※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。

聴いの里通所介護事業所 利用料金表 【3割負担】

(令和6年4月～)

【要支援1・2】

	保険内		保険外			(円)
	利用料	加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費	
要支援	5,540	827	720	85	50	1月あたりの利用料の目安 週1回(4割分) 週2回(8割分) 9,787 13,207 16,105 19,525
	11,157	1,528				

【要介護1～5】

	保険内			保険外			(円)	1月あたりの利用料の目安 (円)			
	利用料金	日加算	月加算	食費	日常消耗品	教養娯楽費		1日あたりの利用料の目安	週1回(4割分)	週2回(8割分)	週3回(13割分)
7 ～ 8 時間 要介護	2,028	226	133	720	85	50	3,109	12,569	25,005	40,550	56,095
	2,394	256					3,505	14,153	28,173	45,698	63,223
	2,773	287					3,915	15,793	31,453	51,028	70,603
	3,152	319					4,326	17,437	34,741	56,371	78,001
	3,537	350					4,742	19,101	38,069	61,779	85,489
6 ～ 7 時間 要介護	1,800	208	133	720	85	50	2,863	11,585	23,037	37,352	51,667
	2,123	234					3,212	12,981	25,829	41,889	57,949
	2,453	261					3,569	14,409	28,685	46,530	64,375
	2,776	288					3,919	15,809	31,485	51,080	70,675
	3,106	315					4,276	17,237	34,341	55,721	77,101
5 ～ 6 時間 要介護	1,756	204	133	720	85	50	2,815	11,393	22,653	36,728	50,803
	2,074	230					3,159	12,769	25,405	41,200	56,995
	2,394	256					3,505	14,153	28,173	45,698	63,223
	2,712	282					3,849	15,529	30,925	50,170	69,415
	3,032	309					4,196	16,917	33,701	54,681	75,661

【その他、利用者ごとに別途かかる費用】

	(円)	1月あたりの目安(円)
要支援	口腔機能向上加算Ⅱ 493/月	533
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 62/回	67
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 16/回	17
	入浴介助加算Ⅰ 123/月	133×利用回数
要介護	口腔機能向上加算Ⅱ ※2回限度 493/月	1,066
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ※6月1回限度 62/回	67
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ※6月1回限度 16/回	17
	生活機能向上連携加算Ⅰ 309/月	334
	個別機能訓練加算Ⅰイ 173/回	187×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅰロ 234/回	253×利用回数
	個別機能訓練加算Ⅱ 62/月	67
	若年性認知症利用者受入加算 185/月	200×利用日数

※『加算』の項目：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、介護職員等ベースアップ等支援加算、科学的介護推進体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ  
 ※保険内の料金に関しては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しております。小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差がでることをご了承下さい。