

養護盲老人ホーム光の園 利用料（外部サービス利用型特定施設）

○ 訪問介護

	サービス区分、所要時間	料金（1回あたり）	介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	合 計	主なサービス内容
要 支 援	外部訪問介護Ⅰ（月額）	1,032円	132円	1,164円	週に1～2回程度
	外部訪問介護Ⅱ（月額）	2,066円	264円	2,330円	週に2～3回程度
	外部訪問介護Ⅲ（月額）	3,277円	419円	3,696円	週3回以上（要支援2のみ算定可）
要 介 護	身体介護1（15分未満）	94円	12円	106円	食事介助、水分補給、服薬等
	身体介護2（30分未満）	189円	24円	213円	入浴介助、清拭、着替え等
	身体介護3（45分未満）	256円	33円	289円	
	身体介護4（60分未満）	341円	44円	385円	排泄介助、食事介助、個別の対応
	生活援助1（15分未満）	48円	6円	54円	
	生活援助2（30分未満）	96円	12円	108円	

※ 1 回あたりの金額

※ 1 割負担の場合

○ 通所介護

要介護度	基本部分	備 考
要支援1（月額）	1,511円	
要支援2（月額）	3,099円	
要介護1	374円	
要介護2	431円	
要介護3	486円	
要介護4	540円	
要介護5	597円	

※ 1 回あたりの金額

※ 1 割負担の場合