

特別養護老人ホーム尚和園 2床室利用料金表 (3割負担)

令和6年8月1日

(単位:円)

※金額はあくまでも概算です。施設の体制及び制度改革等にて変更となる場合がございます。

| 項目 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | |
|--|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 介護福祉施設サービス費 | 1,767 | 1,977 | 2,196 | 2,406 | 2,613 | | |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ) | | | 108 | | | | |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ | | | 18 | | | | |
| 看護体制加算(Ⅱ)イ | | | 39 | | | | |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ | | | 66 | | | | |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | | | 36 | | | | |
| 栄養マネジメント強化加算 | | | 33 | | | | |
| 1日の合計 (介護保険適用の3割負担分)…① | 2,067 | 2,277 | 2,496 | 2,706 | 2,913 | | |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) (1月につき)…② | | | 330 | | | | |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)(1月につき)…③ | | | 60 | | | | |
| 個別機能訓練加算(Ⅲ) (1月につき)…④ | | | 60 | | | | |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) (1月につき)…⑤ | | | 150 | | | | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(1月につき)…⑥ | | | 39 | | | | |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)(1月につき)…⑦ | | | 30 | | | | |
| 自立支援促進加算(1月につき)…⑧ | | | 840 | | | | |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)…⑨ | | | 30 | | | | |
| ADL維持等加算(Ⅱ)(1月につき)…⑩ | | | 180 | | | | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(1月につき)…⑪ | | | 30 | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 I (①×30日+②～⑪)×14.0% | 8,926 | 9,808 | 10,728 | 11,610 | 12,479 | | |
| 30日の小計 (介護保険適用の3割負担分)…⑫ | 72,685 | 79,867 | 87,357 | 94,539 | 101,618 | | |
| 2床室居住費 (4段階) | | | 1,000 | | | | |
| 食費 (1日あたり) (4段階) | | | 1,445 | | | | |
| 日常生活費 | | | 220 | | | | |
| おやつ | | | 100 | | | | |
| 1日の合計 (全額自己負担分) | | | 2,765 | | | | |
| 30日の小計 (全額自己負担分)…⑬ | | | 82,950 | | | | |
| 30日の利用料合計 ⑫+⑬ | 第4段階 | 155,635 | 162,817 | 170,307 | 177,489 | 184,568 | |
| 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方 (食費及び居住費減免) ※裏面参照 | 30日の利用料合計 | 第1段階 | 91,285 | 98,467 | 105,957 | 113,139 | 120,218 |
| | | 第2段階 | 106,885 | 114,067 | 121,557 | 128,739 | 135,818 |
| | | 第3段階① | 114,685 | 121,867 | 129,357 | 136,539 | 143,618 |
| | | 第3段階② | 135,985 | 143,167 | 150,657 | 157,839 | 164,918 |

☆その他の主な介護保険加算(対象者のみ)

| | | | |
|----------------------------|----------|---------------|--------|
| 初期加算 (入所日から30日間に限る) | 90円/日 | 若年性認知症入所者受入加算 | 360円/日 |
| 安全対策体制加算 (入所時に1回) | 60円/月 | 外泊時費用 | 738円/日 |
| 経口移行加算 | 84円/日 | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 9円/月 |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 1,200円/月 | 排せつ支援加算(Ⅱ) | 45円/月 |
| 経口維持加算(Ⅱ) | 300円/月 | 排せつ支援加算(Ⅲ) | 60円/月 |
| 療養食加算 ※1食が1回です (1日3食限度) | 18円/回 | 再入所時栄養連携加算 | 600円/回 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 450円/月 | 退所時情報提供加算 | 750円/回 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 360円/月 | 退所時栄養情報連携加算 | 210円/回 |
| | | 協力医療機関連携加算 | 15円/月 |

☆その他の主な全額自己負担費用(対象者のみ)

| | |
|---------------|----|
| 電気代(利用頻度に応じて) | 実費 |
| 理美容代 | 実費 |
| 個人購入物品 | 実費 |

☆医療費 … ファミリークリニックやひろにかかった費用です。(予防接種費用、診断書発行手数料等を含みます)

☆お薬費用 … ピノキオ薬局から請求書が届きますので、直接お支払ください。

☆協力歯科医院受診費用 … 協力歯科医院から請求書が届きますので、直接お支払ください。

☆ファミリークリニックやひろ以外の医療機関受診費用 … 受診された医療機関・薬局等に直接お支払ください。

☆入所時健康診断をファミリークリニックやひろで受けさせていただきます。費用は12,000円です。

※その他、利用者様の状況・状態に応じて負担いただく場合がございます。