

【多床室】 特別養護老人ホーム うがた苑 ご利用料金表 (ショートステイ)

基本 : 併設型(介護予防)短期入所生活介護費(Ⅱ)

◎ 基本ご利用料金

介護保険利用(自己負担1割の場合)

平成29年4月1日現在

	基本	居住費	食費 3食提供時	①	②	③	④
				1日合計	1日合計	1日合計	1日合計
要支援 1	438円	①		738円	1,198円	1,458円	2,778円
要支援 2	539円	0円	300円	839円	1,299円	1,559円	2,879円
要介護 1	599円	②		899円	1,359円	1,619円	2,939円
要介護 2	666円	370円	390円	966円	1,426円	1,686円	3,006円
要介護 3	734円	③		1,034円	1,494円	1,754円	3,074円
要介護 4	801円	370円	650円	1,101円	1,561円	1,821円	3,141円
要介護 5	866円	④		1,166円	1,626円	1,886円	3,206円
		840円	1,500円				

朝食:400円 昼食:550円 夕食:550円

基本 + 居住費 + 食費 (30日合計額)	円
加算	円
日用品セット + 飲み物セット【1日()回】 (30日合計額)	円
医療費(薬代) / 理美容代 / その他実費	円
合計金額 (1カ月30日で計算の場合)	円

区分		高額介護サービス費	
		世帯の限度額	個人の限度額
①	生活保護の受給者の方など		15,000円
①	世帯全体が 市区町村民税 非課税で	高齢福祉年金受給者	24,600円
②		前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	24,600円
③		前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える方	24,600円
④	市区町村民税 課税世帯の方	一般世帯	37,200円
④		現役並み所得者(※1)	44,400円

※1 同一世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいて、収入が単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上

◎ 社会福祉法人等利用者負担額軽減について

(特別養護老人ホームうがた苑は、三重県に軽減制度実施の届出をしています。)

◎ 加算項目及びご利用者負担額(1日あたり) 介護保険利用(自己負担1割の場合)

項目	予防	概要(条件)		
看護体制加算(Ⅰ)	—	常勤の看護師を1人以上配置	4円	
看護体制加算(Ⅱ)	—	①看護職員を入居者25人又は端数を増すごとに1人以上配置 ②最低基準を1人以上、上回って看護職員を配置 ③当該施設看護職員により、24時間の連絡体制を確保している 以上3つの要件の1つに該当している	8円	
機能訓練指導員配置加算	○	専従の機能訓練指導員を1人以上配置	12円	
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	—	夜勤を行う職員を基準より1人以上、上回って配置	13円	
療養食加算	○	糖尿病食・腎臓病食など	18円	
送迎加算(片道)	○	ご利用者の居宅と事業所間の送迎を行った場合	184円	
いずれか一つ	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	○	介護職員のうち介護福祉士を60%以上配置(イ)/50%以上配置(ロ)	イ18円/ロ12円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		看護・介護職員のうち常勤職員を75%以上配置	6円
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		サービスを直接提供する職員のうち、勤続年数3年以上の職員を30%以上配置	6円
在宅中重度受入加算	—	看護体制加算(Ⅰ)を算定している場合	421円	
		看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合	417円	
		看護体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)をいずれも算定している場合	413円	
		看護体制加算を算定していない場合	425円	
いずれか一つ	若年性認知症入所者受入加算	○	65歳未満の認知症の方を受け入れた場合加算 個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供	120円
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	○	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所生活介護を行う必要があると判断したものに対して、短期入所生活介護を行った場合(入所した日から起算して7日を限度とする。)	200円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	○	(基本料金+加算料金)×8.3%		

※ その他の加算については、介護保険給付の扱いに応じた金額となります。

◎ 介護保険対象外のご利用者負担額

※ ご希望及び選択に基づき提供いたします。

項目	内容		費用
日用品セット(個人用) Aセット	歯ブラシ、歯磨き粉 スポンジブラシ、舌ブラシ 入れ歯洗浄剤	ティッシュ、ペーパータオル、ハンドソープ 化粧水、乳液、ベビーオイル、入浴剤 カミソリ、シェービングフォーム	190円/日
日用品セット(個人用) Bセット 経管栄養の対象の方	吸引歯ブラシ、スポンジブラシ 舌ブラシ、口腔内の潤い剤	ティッシュ、ペーパータオル、ハンドソープ 化粧水、乳液、ベビーオイル、入浴剤、カミソリ シェービングフォーム、経管栄養ボトル一式	190円/日
飲み物セット	ご希望によりコーヒー、紅茶、緑茶、ジュース、ミルクココアなどの飲み物 やお菓子等を提供いたします。(例: 10時と15時に提供の場合、200円/日)		100円/回
個人の趣味的活動	ご希望により便宜的に施設が提供した場合は、実費相当をいただきます。		実費
医療費	医科、歯科は医療保険にて自己負担していただきます。 各医療機関にて窓口支払いしてください。		実費
薬代	医療保険にて自己負担していただきます。 ※口座振替での支払いが可能な薬局もございます。		実費
理美容代	苑内にて訪問理美容をご利用の場合は、実費相当をいただきます。		実費