

特別養護老人ホーム あらしま苑 ご利用料金表

R1. 10~

(介護保険・自己負担1割の場合)

◎ 基本ご利用料金

	基本①	居住費②	食費③	1日 (①+②+③)	1日 (①+②+③)	1日 (①+②+③)	1日 (①+②+③)
				30日あたり	30日あたり	30日あたり	30日あたり
要介護度 1	638円	第1段階 820円	300円	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
				1,758円	1,848円	2,598円	4,144円
要介護度 2	705円	第2段階 820円	390円	52,740円	55,440円	77,940円	124,320円
				1,825円	1,915円	2,665円	4,211円
要介護度 3	778円	第3段階		54,750円	57,450円	79,950円	126,330円
				1,898円	1,988円	2,738円	4,284円
要介護度 4	846円	1,310円	650円	56,940円	59,640円	82,140円	128,520円
				1,966円	2,056円	2,806円	4,352円
要介護度 5	913円	第4段階 2,006円	1,500円	58,980円	61,680円	84,180円	130,560円
				2,033円	2,123円	2,873円	4,419円
				60,990円	63,690円	86,190円	132,570円

食費・居住費のご利用者負担については、以下の基準で減額の制度があります

区分(段階)	対象者
第1段階	生活保護を受給されている方 世帯全員(※)が住民税非課税で老齢福祉年金を受給されている方
第2段階	世帯全員(※)が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得年金額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)の合計が80万円以下の方
第3段階	世帯全員(※)が住民税非課税で第2段階に該当しない方
第4段階	上記対象条件以外の方

※世帯を分離している配偶者を含む

◎入院・外泊期間中の居住費について

入院・外泊期間中も居住費が原則的に発生いたします。(1日あたり 2,006円)

但し「介護保険負担限度額認定証」をお持ちのご利用者様は入院・外泊開始日と終了日を除く6日間、月をまたがる12日間を限度として認定証の記載金額となります。

◎社会福祉法人等利用者負担額軽減について

市民税非課税世帯等、生計が困難な方の負担を軽減するため、介護サービスを提供する社会福祉法人等による軽減制度があります。

『社会福祉法人等利用者負担軽減確認証』をお持ちの方は、証記載の割合を軽減いたします

◎ 加算項目及びご利用者負担額(1日あたり)

項目	概要(条件)		
初期加算	入居日から30日間、又は30日を超える入院後再入所した場合30日間加算	30円	
栄養マネジメント加算	入居者の栄養状態を適切にアセスメントし、多職種協働による栄養ケアマネジメントの実施	14円	
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算	30円/月	
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	①前6ヶ月間又は前12ヶ月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は5の者の占める割合が70%以上 ②介護福祉士を入所者6人又は端数を増すごとに1人以上配置以上の要件に該当している場合加算	46円	
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全ての要件に該当している場合加算	8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	18円	
褥瘡マネジメント加算	褥瘡発生を予防するための定期的な評価の実施 リスクがあるとされた入居者に対する褥瘡管理計画の作成と実施 ※3ヶ月に1回を限度とする	10円/月	
療養食加算	糖尿病食・腎臓病食など	6円/食	
低栄養リスク改善加算	多職種協働で低栄養状態を改善するための計画を作成し、定期的な食事の観察、栄養・食事調整等でリスクの改善に努めた場合加算	300円/月	
入院・外泊時の費用	病院等への入院、自宅へ外泊した場合、月6日を限度として、基本料金に代えて算定	246円	
看取り介護加算(Ⅰ)	看取り介護計画に従い介護を行った場合	死亡日以前4日~30日	144円
		死亡日の前日・前々日	680円
		死亡日	1,280円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金) × 8.3%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金) × 2.7%		

* その他の取り扱い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(1日あたり)

項目	内容	
日用品セットA	歯ブラシ、歯磨き粉、スポンジブラシ、舌ブラシ、口腔内外の潤い剤、入れ歯洗浄剤、義歯ブラシ、舌ブラシ、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(液体)、カミソリ、シェービングフォーム	190円
日用品セットB *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、口腔内外の潤い剤、入れ歯洗浄剤、義歯ブラシ、舌ブラシ、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(液体)、カミソリ、シェービングフォーム、経管栄養ポトルー式	190円
飲み物セット	コーヒー、紅茶、緑茶、ジュース、ミルクココアなどの飲み物とお菓子のセット	100円/回

* 医療費(薬代含む)・理美容代・趣味的活動に係る費用等は実費となります。