

【多床室】 特別養護老人ホーム うがた苑 ご利用料金表

基本：介護福祉施設サービス費(Ⅱ) 多床室

◎ 基本ご利用料金

介護保険利用(自己負担1割の場合)

令和6年8月1日現在

	基本	居住費	食費	①(第1段階)	②(第2段階)	③(第3段階①)	③(第3段階②)	④(第4段階)						
				30日合計	30日合計	30日合計	30日合計	30日合計						
要介護度 1	589円/日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">①</td></tr> <tr><td>0円</td><td>300円</td></tr> <tr><td colspan="2">300円/日 9,000円/月</td></tr> </table>		①		0円	300円	300円/日 9,000円/月		26,670円	42,270円	50,070円	71,370円	90,120円
	①													
0円	300円													
300円/日 9,000円/月														
17,670円/月														
要介護度 2	659円/日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">②</td></tr> <tr><td>430円</td><td>390円</td></tr> <tr><td colspan="2">820円/日 24,600円/月</td></tr> </table>		②		430円	390円	820円/日 24,600円/月		28,770円	44,370円	52,170円	73,470円	92,220円
	②													
430円	390円													
820円/日 24,600円/月														
19,770円/月														
要介護度 3	732円/日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">③①</td></tr> <tr><td>430円</td><td>650円</td></tr> <tr><td colspan="2">1,080円/日 32,400円/月</td></tr> </table>		③①		430円	650円	1,080円/日 32,400円/月		30,960円	46,560円	54,360円	75,660円	94,410円
	③①													
430円	650円													
1,080円/日 32,400円/月														
21,960円/月														
要介護度 4	802円/日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">③②</td></tr> <tr><td>430円</td><td>1,360円</td></tr> <tr><td colspan="2">1,790円/日 53,700円/月</td></tr> </table>		③②		430円	1,360円	1,790円/日 53,700円/月		33,060円	48,660円	56,460円	77,760円	96,510円
	③②													
430円	1,360円													
1,790円/日 53,700円/月														
24,060円/月														
要介護度 5	871円/日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">④</td></tr> <tr><td>915円</td><td>1,500円</td></tr> <tr><td colspan="2">2,415円/日 72,450円/月</td></tr> </table>		④		915円	1,500円	2,415円/日 72,450円/月		35,130円	50,730円	58,530円	79,830円	98,580円
	④													
915円	1,500円													
2,415円/日 72,450円/月														
26,130円/月														
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								

◎ 食事・居住費のご利用者負担について、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と合計年金額と非課税年金額(遺族年金・障害者年金)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

※次のいずれかに該当する場合は、減額を受けられません。詳しくは、お住いの市役所・役場へお問い合わせ下さい。

1. 住民票上の世帯が異なる(世帯分離している)場合であっても、配偶者が市民税課税されている場合
2. 預貯金などが単身で1,000万円、夫婦で2,000万円を超える場合

◎ 入院・外泊期間中の居住費について

入院・外泊期間中も住宅費が原則的に発生致します。但し「介護保険負担限度額認定証」をお持ちのご利用者は入院・外泊開始と終了の日を除く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)		費用
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居した場合30日間加算		30円
安全対策体制加算	組織的に安全対策を実施する体制を整備した場合(初日のみ)		20円
栄養マネジメント強化加算	入居者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合に加算		11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(Ⅰ)	夜勤を行う職員を基準より1人以上、上回って配置した場合		13円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して入居者ごとに 個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施している場合		12円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進し、 介護サービスの質の向上を図っている場合の加算		50円/月
療養食加算	糖尿病食・腎臓病食など ※1日につき3回を限度。		6円/食
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	1. 介護福祉士を入居者6人又は端数を増すごとに1人以上配置 2. 次の(ア)~(ウ)のいずれかを満たすこと (ア)新規入所者の総数のうち、要介護4または5の入居者が70%以上 (イ)新規入所者の総数のうち、認知症日常生活自立度のランクがⅢ以上の入居者が65%以上 (ウ)入居者の総数のうち、たんの吸引などが必要な入所者が15%以上		36円
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31日前~45日前	72円
		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
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金) × 14.0%		

※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になります。

◎ 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、経管栄養ポトルー式	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。 【預り金にてお支払い致します。】		実費
薬代	医療保険にて自己負担していただきます。 ※口座振替にてお支払いいただきます。(直接窓口でお支払い頂く場合もございます。)		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。 【預り金にてお支払い致します。】		実費