

社会福祉法人 南知多
【介護老人福祉施設】特別養護老人ホーム あい寿の丘
利用料金表

R2年 6月 1日

【単位：円】

基本サービス利用単位			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
新	介護福祉施設サービス費Ⅰ	個室	5,590	6,270	6,970	7,650	8,320
新	介護福祉施設サービス費Ⅱ	多床室	5,590	6,270	6,970	7,650	8,320

【単位：円】

個別加算	個別機能訓練加算	120	1日につき	専従の機能訓練指導員が利用者個別に計画を作成し実施した場合
	栄養マネジメント加算	140	1日につき	管理栄養士が利用者個別に計画を作成し実施した場合

【単位：円】

該 当 時 加 算	福祉施設外泊時費用	2,460	月6日限度	医療機関への入院を要した場合及び居宅への外泊した場合
	福祉施設初期加算	300	1日につき	入所日から30日以内の期間。入院期間が30日間以上後の再入所も同様
	退所前訪問相談援助加算	4,600	1回につき	他施設・居宅等へ退所が見込まれる方について、施設・居宅等を訪問し退所後の相談援助、連絡調整、情報提供を行った場合（入所中1回又は2回を限度）
	退所後訪問相談援助加算	4,600	1回につき	他施設・居宅等へ退所が見込まれる方について、施設・居宅等を訪問し退所後の相談援助、連絡調整、情報提供を行った場合（退所後1回を限度）
	退所時相談援助加算	4,000	1回限り	他施設・居宅等へ退所が見込まれる方について、施設・居宅等へ当該入所者の介護状況等を示す文書を提供した場合
	退所前連携加算	5,000	1回限り	居宅へ退所が見込まれる方において、希望する居宅介護支援事業所に対し、当該入所者の介護状況等を示す文書を提供した場合

※対象となった時のみ加算されるもの

【単位：円】

体制加算	日常生活継続支援加算	360	1日につき	介護度4,5の割合が全入所者の70%以上であり、介護福祉士の割合が利用者数に対して一定割合の数があること。
	夜勤職員配置加算	130	1日につき	22時～翌5時を夜勤時間帯とし、含む連続16時間で夜勤者配置基準数より1名以上配置していること。
	看護体制加算Ⅰ	40	1日につき	常勤の看護師を1名以上配置していること。
	看護体制加算Ⅱ	80	1日につき	①看護職員を入所者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置していること。②看護職員により24時間の連絡体制を確保していること。
	福祉施設看取り介護加算Ⅰ	1,440	1日につき	看取り介護の同意を得て、死亡日から遡り4日前から30日前まで加算
	福祉施設看取り介護加算Ⅱ	6,800	1日につき	看取り介護の同意を得て、死亡日から遡り前日、前々日に加算
	福祉施設看取り介護加算Ⅲ	12,800	1日につき	看取り介護の同意を得て、死亡日に加算
	サービス提供強化加算Ⅰ	120	1日につき	介護福祉士が介護職員数の50%以上配置されていること。
	サービス提供強化加算Ⅱ	60	1日につき	常勤職員が75%以上配置されていること。
	サービス提供強化加算Ⅲ	60	1日につき	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	8.3%	1月につき	上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算
---------------	------	-------	-----------------------------------

※施設が体制を整えた時に加算されるもの。月々により加算内容が変更になる場合有り

※サービス提供体制強化加算については、ⅠからⅢのうちどれか一つの加算となる

※ただし、日常生活継続支援加算とサービス提供体制強化加算は同時に算定しない

【単位：円】日額

食費・居住費	項目	食費	個室	多床室	対象者	
	標準負担額	1,392	1,171	855	下記以外の方	
	第1段階	300	320	0	生活保護受給者・老齢福祉年金受給者	
	第2段階	390	420	370	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	
	第3段階	650	820	370	課税年金収入が80万円超266万円未満の方	

市町村民税
非課税世帯

※ご利用者の収入状況等により料金が異なるもの

※実際の負担額は、介護保険告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする

介護保険外利用料

全額自己負担	項目	単位：円		備考
	預かり金管理費	1,000	／月	入出金の管理・各種支払事務 ※重要事項説明書参照
	おやつ代	100	／日	お茶以外の飲み物代及び選択おやつ代（経管栄養の方は除く）
	買い物代行費	100	／回	施設にて取り寄せが不可の場合
	個別外出行事費	実費	／回	
	インフルエンザ予防接種代	実費	／回	年1回 11月頃接種
	理美容代	実費	／回	ベッド上での理髪及び毛染め等別途実費
	通院支援費	3,000	／回	協力病院及び隣町の医療機関に診療科があるが、他の医療機関での診療を希望する場合で、施設が対応可能時（原則家族対応）
	その他	実費		利用者が希望・必要とする物