

地域密着型てまり特別養護老人ホーム 料金表 (令和 4年10月1日)

1. サービス費用

介護保険1割負担

	1日あたり	1ヶ月(30日)	居住費		食費		1ヶ月(30日)計 (減免なし)	※ 個別にその他 加算が加算さ れます。
			1日あたり(減免なし)					
要介護度1	661 円	19,830 円	2,070 円		1,650 円		131,430 円	
要介護度2	730 円	21,900 円						
要介護度3	803 円	24,090 円	1ヶ月(30日)(減免なし)				135,690 円	
要介護度4	874 円	26,220 円	62,100 円		49,500 円		137,820 円	
要介護度5	942 円	28,260 円						

介護保険2割負担

	1日あたり	1ヶ月(30日)	居住費		食費		1ヶ月(30日)計 (減免なし)	※ 個別にその他 加算が加算さ れます。
			1日あたり(減免なし)					
要介護度1	1,322 円	39,660 円	2,070 円		1,650 円		151,260 円	
要介護度2	1,460 円	43,800 円						
要介護度3	1,606 円	48,180 円	1ヶ月(30日)(減免なし)				159,780 円	
要介護度4	1,748 円	52,440 円	62,100 円		49,500 円		164,040 円	
要介護度5	1,884 円	56,520 円						

2. その他加算(入所者様の状況により上記サービス費用に加算されます。)

加算の種類	加算の内容	1日あたり	1ヶ月(30日)
初期加算	入所した日から起算して30日間に算定します。	30円	900円
安全対策体制加算	事故防止対策強化を行なっている場合に算定します。	入所時に1回のみ 20円	
看護体制加算(Ⅰ)イ	常勤の看護職員を1以上配置している場合に 加算します。	12円	360円
看護体制加算(Ⅱ)イ	看護職員を常勤換算方法で2名以上配置し、看護職員と 24時間の連絡体制を整えている場合等に算定します。	23円	690円
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	・算定日の6ヵ月～12ヵ月前における新規入所者の総数のうち、要介護4・5 の者の占める割合が70%以上である場合、認知症日常生活自立度Ⅲ以上 の者が65%以上である場合、喀痰吸引や経管栄養が必要な者が15% 以上である場合、介護福祉士が常勤換算で6人に対して1人である場合に 算定します。	46円	1,380円
看取り介護加算	・常勤看護師を1名以上配置し、24時間の連絡体制を確保している。 ・看取りに関する指針を定め、入所時に入所者と家族に説明し、同意を得ている。 ・看取りに関する職員研修を行なっている。 など 上記の要件を満たした場合に加算します。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。	死亡日以前31日～45日、72円/日 死亡日以前4日～30日、144円/日 死亡日の前日及び前々日、680円/日 死亡日、1,280円/日	
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	科学的介護情報システム(厚生労働省)へデータの提出と、 フィードバック情報の活用により、介護の質の評価と科学的介護 の取り組みを行なっている場合に算定します。		50円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	褥瘡の発生予防のため評価し、評価結果を厚生労働省へ提出し、 フィードバックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に 算定します。		3円
※褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	上記評価結果、褥瘡の発生が無い場合に算定します。		※13円
排せつ支援加算(Ⅰ)	要介護状態の軽減見込みや、自立した排泄を支援することを評 価し、結果を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けて評価・ 見直しをおこなっている場合に算定します。		10円
※排せつ支援加算(Ⅱ)	上記結果、状態の改善、またはオムツの改善がある場合に算定します。		※15円
※排せつ支援加算(Ⅲ)	上記の、両方の改善がある場合に算定します。		※20円
療養食加算	入所者の年齢や心身の状況によって、適切な栄養 管理や療養食を提供した場合に算定します。	(1食6円)18円	540円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的 に行なっている場合に算定します。	12円	360円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	作成した個別機能訓練計画を厚生労働省へ提出し、フィード バックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に算定します。		20円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基 準よりも多く配置している場合に算定します。	46円	1,380円
(入院時)外泊時費用	入院した翌日から6日間のみ算定します。(＋居住費) ※算定中に月をまたぐ場合は、最長12日間の算定。	246円	～1,476円 ※2,952円

(その他加算に記載の無い加算が付加される時には、事前に入所者及びその家族に説明し了解をいただいでから付加します。)

3. 処遇改善加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) = (サービス費用 + その他加算) × 8.3%

①職員の処遇や賃金改定を計画し、実施している

特定処遇改善加算(Ⅰ) = (サービス費用 + その他加算) × 2.7%

①職員の処遇や賃金改定を計画し、実施している

4. ベースアップ等支援加算

ベースアップ等支援加算 = (サービス費用 + その他加算) × 1.6%

①職員の処遇や賃金改定を計画し、実施している

5. 特定入居者介護サービス費(住居費、食費の負担限度額認定)について

所得や資産等が一定以下の方に対して、区分された居住費と食費の負担上限額を超えた額は、介護保険から支給される仕組みとなります。支給を受けるためには、市に申請が必要です。

区分	条件	住居費	食費	区分ごとの 1ヶ月(30日)合計
		個人負担の上限額(1日)		
第1段階	・市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者 ・預貯金額1,000万円(夫婦で2,000万円)以下の者	820 円	300 円	33,600 円
第2段階	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の者 ・預貯金額650万円(夫婦で1,650万円)以下の者	820 円	390 円	36,300 円
第3段階①	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80～120万円以下の者 ・預貯金額550万円(夫婦で1,550万円)以下の者	1,310 円	650 円	58,800 円
第3段階②	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円以上の者 ・預貯金額500万円(夫婦で1,500万円)以下の者	1,310 円	1,360 円	80,100 円
第4段階	それ以外の者	2,070 円	1,650 円	111,600 円

6. 高額介護サービス費について

個人負担の1ヶ月の合計額が、所得に応じて区分された上限額を超えた場合、その超えた分が介護保険から払い戻される仕組みとなります。支給を受けるためには、市に申請が必要です。

区分	条件	利用者負担	区分ごとの上限額
第1段階	生活保護受給者	15,000 円/(個人)	15,000 円/(個人)
第2段階	市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が80万以下の者	15,000 円/(個人)	15,000 円/(個人)
		24,600 円/(世帯)	24,600 円/(世帯)
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税	24,600 円/(世帯)	24,600 円/(世帯)
第4段階	市長村民税課税世帯であって、課税所得380万円未満(年収約770万円)の者	44,400 円/(世帯)	44,400 円/(世帯)
第5段階	市長村民税課税世帯であって、課税所得690万円未満(年収約1,160万円)の者	93,000 円/(世帯)	93,000 円/(世帯)
第6段階	それ以外の者	140,100 円/(世帯)	140,100 円/(世帯)

※社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証については、当法人では適用していません。

7. その他実費について

下記については、介護保険の対象にはなりませんので、別途ご負担いただきます。

- ・身の回り品、日用品 (歯ブラシ・化粧品・シャンプー 等)
- ・個人の嗜好品
- ・理美容費(実費)
- ・電気機器を使用した場合(1日 1品 50円～)
- ・預かり金を委託した場合(預かり金管理費300円)
- ・家族会費(家族会に入会していただき、月1,000円の会費をいただきます。)
- ・個人専用の医療品・医薬品・予防接種等
- ・行政手続きの代行(申請料金実費)
- ・その他

てまりショートステイ 利用料金表

令和4年10月1日

事業所番号 1570203016

併設型ユニット型短期入所生活介護 I ユニット型個室対応
基本料金 (1日ずつ加算されます)

	介護度	利用者負担1割	利用者負担2割	介護給付単位
介護費	要支援1	523 円	1,046 円	523 単位
	要支援2	649 円	1,298 円	649 単位
	要介護1	696 円	1,392 円	696 単位
	要介護2	764 円	1,528 円	764 単位
	要介護3	838 円	1,676 円	838 単位
	要介護4	908 円	1,816 円	908 単位
	要介護5	976 円	1,952 円	976 単位

その他料金

項目	利用者負担額1割	利用者負担額2割
サービス提供体制強化加算 Ⅲ (1日につき)介護保険適用	6 円	12 円
送迎費(片道)介護保険適用	184 円	368 円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)		18円
機能訓練体制加算		12円
テレビ管理費		50円
認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日間程度)	対象者のみ	200円
若年性認知症利用者受け入れ加算	対象者のみ	120円
在宅中重度受入加算	対象者のみ	426円
緊急短期入所受入加算	対象者のみ	90円
栃尾地域以外別途送迎費(片道)		500円
介護職員処遇改善加算 I	基本料金+サービス実施加算料金の8.3%を乗じた額を加算	
特定処遇改善加算 I	基本料金+サービス実施加算料金の2.7%を乗じた額を加算	
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本料金+サービス実施加算料金の1.6%を乗じた額を加算	

滞在費・食費

段階 区分	ご利用者様負担額	
	滞在費(1日につき)	食費
第1段階	820 円	300円 1日
第2段階	820 円	600円 1日
第3段階①	1,310 円	1,000円 1日
第3段階②	1,310 円	1,300円 1日
負担限度額認定証なし	1,970 円	食べた分だけ
自立の方	1,970 円	朝食 400 円
		昼食 650 円
		夕食 600 円
		おやつ 60 円
		計 1,710 円

上記の通りサービス提供料金に関する契約を締結します。上記契約を証明するために、本契約書を2通作成をし、利用者及び事業所の双方が記名・捺印の上、それぞれ1通ずつ保管します。

また、上記の内容について説明を受け同意します。そして【利用時リスク・感染リスク】についても同意します。

令和 年 月 日 事業者 所在地 新潟県長岡市平1-3-55

事業所名 てまりショートステイ

代表者職・氏名 管理者 丸山 幸介 印

(利用者) ご住所 _____ () 印

お名前 _____

(身元引受人) ご住所 _____

お名前 _____ 印

てまりデイホーム 御利用料金表

基本料金 I <認知症対応型通所介護>

	介護度	1割負担	2割負担
3 ～ 4 時間	要介護1	490円	980円
	要介護2	540円	1080円
	要介護3	588円	1176円
	要介護4	638円	1276円
	要介護5	687円	1374円
4 ～ 5 時間	要介護1	514円	1028円
	要介護2	565円	1130円
	要介護3	617円	1234円
	要介護4	668円	1336円
	要介護5	719円	1438円
5 ～ 6 時間	要介護1	769円	1538円
	要介護2	852円	1704円
	要介護3	934円	1868円
	要介護4	1014円	2028円
	要介護5	1097円	2194円
6 ～ 7 時間	要介護1	788円	1576円
	要介護2	874円	1748円
	要介護3	958円	1916円
	要介護4	1040円	2080円
	要介護5	1125円	2250円
7 ～ 8 時間	要介護1	892円	1784円
	要介護2	987円	1974円
	要介護3	1084円	2168円
	要介護4	1181円	2362円
	要介護5	1276円	2552円
8 ～ 9 時間	要介護1	920円	1840円
	要介護2	1018円	2036円
	要介護3	1118円	2236円
	要介護4	1219円	2438円
	要介護5	1318円	2636円

基本料金 I <介護予防認知症対応型通所介護>

	介護度	1割負担	2割負担
3～4時間	要支援1	428円	856円
	要支援2	475円	950円
4～5時間	要支援1	448円	896円
	要支援2	497円	994円
5～6時間	要支援1	666円	1332円
	要支援2	742円	1484円
6～7時間	要支援1	683円	1366円
	要支援2	761円	1522円
7～8時間	要支援1	771円	1542円
	要支援2	862円	1724円
8～9時間	要支援1	796円	1592円
	要支援2	889円	1778円

延長加算

9時間以上10時間未満	50円	100円
10時間以上11時間未満	100円	200円
11時間以上12時間未満	150円	300円

加算料金

項 目	1割負担	2割負担
1)入浴加算(Ⅰ)	40円	80円
2)科学的介護推進体制加算 ※1	40円	80円
3)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円	44円
4)送迎を行わない場合	片道 -47円	片道 -94円
5)若年性認知症利用者受入加算	60円	120円
6)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×10.4%	
7)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×3.1%	
8)介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×2.3%	

※1 月1回、加算

保険対象外費用

費 用	料 金
昼食・おやつ費及び提供費	690円
(おやつ代)	(60円)

上記の通りサービス提供料金に関する契約を締結します。上記契約を証明する為に、本契約書を2通作成し、利用者及び事業所の双方が記名・捺印の上、それぞれ1通ずつ保管します。

令和 年 月 日
 事業者 所在地 新潟県長岡市平1丁目3番55号
 事業所名 てまりデイホーム
 代表者・氏名 管理者 佐藤 正司 印
 説明者・氏名 印

(利用者) ご住所
ご氏名 印

(身元引受人) ご住所
ご氏名 印