

特別養護老人ホーム聖芳園 ご利用料金

特別養護老人ホーム聖芳園の料金は、介護保険サービス費（合計①）と食事・居住費（合計②）とその他（合計③）の合計になります。

介護保険負担割合 1 割

		単位	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	施設サービス費		5 8 9 円	6 5 9 円	7 3 2 円	8 0 2 円	8 7 1 円
2	看護体制加算（Ⅰ）	4 円	常勤の看護師を1名以上配置による加算				
3	看護体制加算（Ⅱ）	8 円	看護職員が最低基準より多く配置、病院等との24時間の連絡体制の確保などの加算				
4	夜間職員配置加算	1 3 円	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1人以上上回っていること				
5	精神科医師定期的療養指導	5 円	精神科医師による定期的療養指導による加算				
6	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 円	介護従事者の専門性、キャリアに応じた加算				
合計			6 4 1 円	7 1 1 円	7 8 4 円	8 5 4 円	9 2 3 円
1	初期加算	3 0 円（1 日）	入所又は1ヵ月以上の入院後の退院時に30日間を限度として加算				
2	安全対策体制加算	2 0 円（入所時）	組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算				
3	科学的介護推進体制加算	①4 0 円 ②5 0 円（1 ヶ月）	①：入所者ごとの心身状況等に係る基本的な情報について厚生労働省に提出し、フィードバックに活用した場合に加算。②：疾病状況等も追加した場合に加算				
4	協力医療機関連携加算	5 0 円（1 ヶ月）R7年	入所者の情報共有を行う会議を定期的に開催した場合に加算				
5	退所時情報提供加算	250 円（1 回限り）	退所後の医療機関に対し入所者を紹介する際に情報提供を行った場合に加算				
6	退所時栄養情報連携加算	70 円（1 ヶ月 1 回）	特別食を必要とする入所者や低栄養状態にある入所者について管理栄養士が医療機関等に対し情報を提供した場合に加算				
7	経口維持加算	①4 0 0 円 ②1 0 0 円（1 ヶ月）	①：著しい誤嚥が認められる者 ②：①の者に対して経口維持等の計画、管理を行った場合に加算				
8	若年性認知症利用者受入加算	1 2 0 円（1 日）	初老期の認知症者に対してサービスを行う場合の加算				
9	栄養マネジメント強化加算	1 1 円	栄養士または管理栄養士 1 名以上を配置し、各入所者の栄養状態維持・改善を図り、状態に応じた栄養管理を計画的に実施した場合に加算				
10	療養食加算	6 円（1 食）	医師の指示に基づく治療食等の提供に対する加算				
11	口腔衛生管理加算	1 1 0 円（1 ヶ月）	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月 2 回以上行なった場合に加算				
12	褥瘡マネジメント加算	①3 円（1 ヶ月） ②1 3 円（1 ヶ月）	①：褥瘡の発生リスクを評価し、褥瘡ケア計画をもとに褥瘡管理を実施した場合に加算 ②：かつ褥瘡の発生がなかった場合に加算				
13	外泊時費用	2 4 6 円（1 日）	入院又は外泊の場合に、所定自己負担に代えて月に 6 日を限度として徴収				
14	生産性向上推進体制加算Ⅰ	1 0 0 円（1 ヶ月）	見守り機器等を3種類すべてを導入し業務改善の取り組みによる成果が確認できをそれを示すデータを厚生労働省に提出した場合に加算				
15	看取り介護加算	①：7 2 円(死亡日31日前～45日前)②：1 4 4 円(死亡日より30日以上30日以内)③：6 8 0 円(死亡日の前日及び前々日) ④：1, 2 8 0 円(死亡日)（該当者のみ）	お客様またはご家族と協議、合意し施設内で看取り介護を行った場合に加算				
16	介護職員処遇改善加算Ⅰ口		（サービス利用に係る自己負担合計額＋その他該当加算額）×17.6%「介護職員処遇改善加算Ⅰ口」				
17	高齢者施設等感染対策向上加算	①10 円（1 ヶ月） ②5 円（1 ヶ月）	①協力医療機関との間で、新興感染症の発生時の対応を行う体制を確保し、その対応・取り決め・連携をとっており、研修等に年 1 回以上参加している場合、1 月につき 1 0 円加算 ②協力医療機関による実地指導を 3 年に 1 回以上受けている場合 1 月につき 5 円加算				
合計（1 ヶ月）			1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円

介護保険サービス費（合計①）

高額介護サービス適用後

段階	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 段階	1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円
	△ 4, 2 3 0 円	△ 6, 3 3 0 円	△ 8, 5 2 0 円	△ 1 0, 6 2 0 円	△ 1 2, 6 9 0 円
	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円
2 段階	1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円
	△ 4, 2 3 0 円	△ 6, 3 3 0 円	△ 8, 5 2 0 円	△ 1 0, 6 2 0 円	△ 1 2, 6 9 0 円
	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円	1 5, 0 0 0 円
3 段階	1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円
				△ 1, 0 2 0 円	△ 3, 0 9 0 円
				2 4, 6 0 0 円	2 4, 6 0 0 円
4 段階	1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円
5 段階	1 9, 2 3 0 円	2 1, 3 3 0 円	2 3, 5 2 0 円	2 5, 6 2 0 円	2 7, 6 9 0 円

対象者／特定入所者介護サービス費		負担上限（月額） 個人の場合／世帯合計の場合	
市 民 税 非 課 税 世 帯	①生活保護を受給している方、 世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受給している方	1 5, 0 0 0 円／月	2 4, 6 0 0 円／月
	②世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額と合計所得金額が 8 0 万 9 千円以下の方	1 5, 0 0 0 円／月	2 4, 6 0 0 円／月
	世帯全員が市町村民税非課税で、①②以外の方	2 4, 6 0 0 円／月	2 4, 6 0 0 円／月
市 民 税 課 税 世 帯	市町村民税課税世帯で、③④以外の方	4 4, 4 0 0 円／月	4 4, 4 0 0 円／月
	③同一世帯内の第1号被保険者に課税所得が380万円～690万円未満（年収約 770万円～約1,160万円未満）の方がいる世帯	9 3, 0 0 0 円／月	9 3, 0 0 0 円／月
	④同一世帯内の第1号被保険者に課税所得が690万円以上（年収約1,160万円以上）の方がいる世帯	1 4 0, 1 0 0 円／月	1 4 0, 1 0 0 円／月

・高額介護サービス費：一度施設に利用料金をお支払いになったのち、上限額を越えた部分に相当する金額が高額介護サービス費として給付（払い戻し）されます（市区町村によって異なります）。

・介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じて、利用者負担額が決まります。1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割・3割に該当する方もあります。

その場合は2倍・3倍の料金となります。詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

特別養護老人ホーム聖芳園 ご利用料金

特別養護老人ホーム聖芳園の料金は、介護保険サービス費（合計①）と食事・居住費（合計②）とその他（合計③）の合計になります。

食事・居住費（合計②）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300円	390円	680円	1,420円	1,545円
居住費	380円	480円	880円	980円	1,231円
合計（日額）	680円	870円	1,560円	2,400円	2,776円
②合計（1ヶ月）	20,400円	26,100円	46,800円	72,000円	83,280円

食費内訳（朝：435円・昼：555円・夕：555円）

介護保険外サービス（合計③）

①預金管理費：50円（1日）
②タオル使用：1,200円（1ヶ月）
③電気料金：30円（一口・1日）日常生活に必要な製品（電気シェーバー・携帯電話等）除く。
④通信料：30円（1日）個別にWi-Fiを使用する場合のみ。
⑤菓子代：80円（1日）
※オムツにかかわる購入費及び、洗濯料等のお支払いは無料。
※特別な食事代：センター祭、敬老の日記念行事などの際にかかるお食事代 500円/回
以下、預り金より引き落とし
・理・美容代：2,300円（総合整髪）
・日用品費（マスク・ポリデント・ボックスティッシュ・歯ブラシ・歯磨き等）：約2,500円程（1ヶ月）
・医療費・薬剤費は実費。※インフルエンザ予防接種・肺炎球菌等は実費。
1ヶ月：約10000円（別途、医療・薬剤費等）

料 金（概算）

介護保険サービス費（合計①）	円
食事・居住費（合計②）	円
介護保険サービス外（合計③）	円
合 計 約	¥0 円

- ・食費、居住費は"介護保険負担限度額認定証"に記載されている負担限度額に応じ、ご負担頂く金額が決まります。
 - ・介護保険負担限度額認定証は、世帯の所得状況に応じて負担限度額が設定されます。
- 発行には市区町村への申請が必要となります。尚、所得・資産によって、負担が軽減されない場合があります。