

地域密着型介護老人福祉施設 北勝園 利用料金表

<ユニット型個室>

※介護保険負担割合2割対象の方

令和3年4月現在 (単位10.14円)

介護度	介護保険サービス費(2割負担分)												サービス合計 × 1.014 (地域区分調整)	介護職員処 遇 改善加算(Ⅰ) ・介護職員等 特定処遇改善 加算Ⅰ	特別な 室料 (日)	介護保険 負担限度 額段階	居住費 (日)	食費 (日)	1ヶ月ご利用の場合 の自己負担額合計 (目安31日)
	基本 サービス 費 (日)	日常生活 継続支援 加算(Ⅰ) (日)	看護体制 加算Ⅰ (Ⅰ) (日)	看護体制 加算Ⅱ (Ⅰ) (日)	夜勤職員 配置加算 (Ⅱ)Ⅰ (日)	栄養マネジ メント強化加 算 (日)	個別機能 訓練加算 (Ⅰ) (日)	個別機能 訓練加算 (Ⅱ) (月)	口腔衛生 管理加算 (Ⅱ) (月)	褥瘡マネ ジ メント加算 Ⅰ (月)	排せつ支 援Ⅰ 加算 (月)	科学的介 護推進体 制加算 (月)							
要介護 1	661	46	12	23	46	11	12	20	110	3	10	50	51,377	5,652	1,100	第1段階		300	100,429
																第2段階	820	390	128,639
																第3段階	1,310	650	151,889
																第4段階	2,006	1,720	206,635
要介護 2	730	46	12	23	46	11	12	20	110	3	10	50	55,715	6,129	1,100	第1段階		300	105,244
																第2段階	820	390	133,454
																第3段階	1,310	650	156,704
																第4段階	2,006	1,720	211,450
要介護 3	803	46	12	23	46	11	12	20	110	3	10	50	60,305	6,634	1,100	第1段階		300	110,338
																第2段階	820	390	138,548
																第3段階	1,310	650	161,798
																第4段階	2,006	1,720	216,544
要介護 4	874	46	12	23	46	11	12	20	110	3	10	50	64,768	7,125	1,100	第1段階		300	115,293
																第2段階	820	390	143,503
																第3段階	1,310	650	166,753
																第4段階	2,006	1,720	221,499
要介護 5	942	46	12	23	46	11	12	20	110	3	10	50	69,043	7,595	1,100	第1段階		300	120,038
																第2段階	820	390	148,248
																第3段階	1,310	650	137,398
																第4段階	2,006	1,720	226,244

※令和3年4月1日から介護報酬改正により、ひたちなか市は地域区分7級地に該当しました。

*1単位あたり10.14円の計算となります。

※上記の1ヶ月の利用料は、31日で計算しております。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ…所定単位数×加算率8.3% 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ…所定単位数×加算率2.7% (所定単位数とは、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数です)

※状況により次の加算が追加される場合があります。初期加算(30単位/日 30日限度)、入院・外泊時加算(246単位/日) 経口維持加算Ⅰ(400単位/月)、経口維持加算Ⅱ(100単位/月)

・看取り介護加算(死亡日45日前～31日前…72単位/日 ・死亡日30日前～4日前…144単位/日 ・死亡日前日及び前々日…680単位/日 ・死亡日…1,280単位/日)

・ADL維持等加算Ⅰ(30単位/月)、ADL維持等加算Ⅱ(60単位/月)、生活機能向上連携加算(100単位/月)、自立支援促進加算(300単位/月)、排せつ支援加算Ⅱ(15単位/月)

・褥瘡マネジメント加算Ⅱ(13単位/月)、排せつ支援加算Ⅲ(20単位/月)

※その他費用

*入居時の診療情報提供書代(実費) *入居時の送迎料金(1,840円) *入所時健康診断代(実費) *病院受診や薬代 *酸素・モニター使用時:酸素療法代(200円/日)・モニター電極代(50円/個)

・ディスプレイ代(400円/箱)・吸引チューブ代(65円/本)・その他実費相当料金 *喫茶コーナー(110円/1品)、理美容代(事業者指定による実費負担1,500円~/利用時)

*協力病院以外の、ご利用者から指定された医療機関への受診助(所要時間1時間まで1,100円、1時間を超える30分毎に550円を加算します。)

*ご利用者の希望される特別または固有の食事、施設外外出企画における発生費用、固有の日用品費、訪問販売購入品等については、実費自己負担となります。

居住費・食費に関しては、課税状況や年金収入・資産の状況に応じて4段階に区分されており、市町村への申請により第1段階から第3段階までの軽減措置が受けられます。