

介護老人福祉施設 北勝園 利用料金表

<従来型多床室>

R6年8月1日～

※介護保険負担割合1割対象の方

令和6年8月現在 (単位10.14円)

介護度	介護保険サービス費(1割負担分)														介護保険外自費分			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Ⅰ (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)	個別機能訓練加算 (Ⅲ) (月)	口腔衛生管理加算 (Ⅱ) (月)	褥瘡マネジメント加算Ⅰ (月)	排せつ支援加算Ⅰ (月)	協力医療機関連携加算 (月)	科学的介護推進体制加算 (月)	サービス合計×1.014 (地域区分調整)	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (月)	介護保険負担限度額段階		居住費 (日)	食費 (日)
要介護1	589	36	6	13	22	11	12	20	20	110	3	10	100	50	21,975	3,077	第1段階	300	300	34,352
																	第2段階	430	390	50,472
																	第3段階①	430	650	58,532
																	第3段階②	430	1,360	80,542
																	第4段階	915	1,850	110,767
要介護2	659	36	6	13	22	11	12	20	20	110	3	10	100	50	24,176	3,385	第1段階	300	300	36,860
																	第2段階	430	390	52,980
																	第3段階①	430	650	61,040
																	第3段階②	430	1,360	83,050
																	第4段階	915	1,850	113,275
要介護3	732	36	6	13	22	11	12	20	20	110	3	10	100	50	26,470	3,706	第1段階	300	300	39,476
																	第2段階	430	390	55,596
																	第3段階①	430	650	63,656
																	第3段階②	430	1,360	85,666
																	第4段階	915	1,850	115,891
要介護4	802	36	6	13	22	11	12	20	20	110	3	10	100	50	28,671	4,014	第1段階	300	300	41,985
																	第2段階	430	390	58,105
																	第3段階①	430	650	66,165
																	第3段階②	430	1,360	88,175
																	第4段階	915	1,850	118,400
要介護5	871	36	6	13	22	11	12	20	20	110	3	10	100	50	30,840	4,318	第1段階	300	300	44,457
																	第2段階	430	390	60,577
																	第3段階①	430	650	68,637
																	第3段階②	430	1,360	90,647
																	第4段階	915	1,850	120,872

※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。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ…所定単位数×14% (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)、高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(10単位/月)、新興感染症等施設療養費(240単位/日)、認知症チームケア推進加算(Ⅰ)(150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)・デスポググローブ代金(400円/箱)・吸引チューブ代金(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介助(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。