特別養護老人ホーム　くきの里　利用料金表　≪従来型個室≫

当施設の利用に要する費用は、要介護度によって異なりますが、原則は介護保険から給付され、１割から３割が利用者負担となります。利用者負担は以下の通りです。

☆当施設は介護保険法に定める地域区分（五級地）により、介護サービス費の単価が10.45円となります。

	利用者負担段階	①介護ｻｰﾋﾞｽ費（日額）	②居住費（日額）	③食費（日額）	日額	月額（30日で算定）
要介護5	第4段階	871（１割負担の額）	1,231	1,445	3,547	106,410
	第3段階②		880	1,360	3,111	93,330
	第3段階①		880	650	2,401	72,030
	第2段階		480	390	1,741	52,230
	第1段階		380	300	1,551	46,530
要介護4	第4段階	802（１割負担の額）	1,231	1,445	3,478	104,340
	第3段階②		880	1,360	3,042	91,260
	第3段階①		880	650	2,332	69,960
	第2段階		480	390	1,672	50,160
	第1段階		380	300	1,482	44,460
要介護3	第4段階	732（１割負担の額）	1,231	1,445	3,408	102,240
	第3段階②		880	1,360	2,972	89,160
	第3段階①		880	650	2,262	67,860
	第2段階		480	390	1,602	48,060
	第1段階		380	300	1,412	42,360
要介護2	第4段階	659（１割負担の額）	1,231	1,445	3,335	100,050
	第3段階②		880	1,360	2,899	86,970
	第3段階①		880	650	2,189	65,670
	第2段階		480	390	1,529	45,870
	第1段階		380	300	1,339	40,170
要介護1	第4段階	589（１割負担の額）	1,231	1,445	3,265	97,950
	第3段階②		880	1,360	2,829	84,870
	第3段階①		880	650	2,119	63,570
	第2段階		480	390	1,459	43,770
	第1段階		380	300	1,269	38,070

※第１段階から第３段階の負担軽減適用を受けるには、市町村の発行する「**介護保険負担限度額認定証**」が必要です。

※個別の状態、施設の体制に応じて下記加算が合計金額に積算されます。

※下記加算は現状の体制での目安となっております。その他にも体制等の変更に伴い加算が追加される場合があります。詳しくは事業所の方にお問合せ下さい。

○体制加算（共通して加算される費用）　※体制に応じ該当加算の変動があります。

加算項目	内容等	日額	月額
安全対策体制加算	安全対策整備を行っている場合（初月１回のみ）	**－**	**20**
日常生活継続支援加算	重度化対応による加算	**36**	**－**
看護体制加算（Ⅰ）イ	常勤看護師１名を配置	**6**	**－**
看護体制加算（Ⅱ）イ	基準より多く看護職員を配置、２４時間の連携	**13**	**－**
栄養マネジメント強化加算	栄養ケア計画に基づいた栄養管理等	**11**	**－**
夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ	朝夕を含む夜間帯に職員を厚く配置及び喀痰吸引可能な場合	**28**	**－**
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険負担分に加算料金を加えた単位数に、14.0%を乗じた単位数が加算されます。		

○個別加算（該当者のみに加算される費用）

加算項目	内容等	日額	月額
初期加算	入所後３０日間	**30**	**－**
外泊加算	外泊入院時、月に６日まで	**246**	**－**
療養食加算	療養食の提供	**6(1食)**	**－**
看取り介護加算（Ⅰ）	死亡日からさかのぼり４５日目から３１日前まで	**72**	**－**
	死亡日からさかのぼり３０日目から４日前まで	**144**	**－**
	死亡日の前々日と前日	**680**	**－**
	死亡した日	**1280**	**－**
看取り介護加算（Ⅱ）（施設内で看取った場合）	死亡日からさかのぼり４５日目から３１日前まで	**72**	**－**
	死亡日からさかのぼり３０日目から４日前まで	**144**	**－**
	死亡日の前々日と前日	**780**	**－**
	死亡した日	**1580**	
配置医師緊急時対応加算	配置医師が緊急に訪問し診療を行った場合（時間帯によりいずれか）	**325(1回)** **650(1回)** **1300(1回)**	**－**
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	歯科医師の指導の下、口腔ケアを実施 所定機関への情報提出	**－**	**110**
経口維持加算（Ⅰ）	医師の指示に基づき計画作成管理した場合	**－**	**400**

〇保険対象外費用（食費・居住費は除く）

項目	内容	料金
特別な食事	特別な食事の提供	実費
理美容代	理容サービスの提供	１，０００円／回
貴重品管理	口座の出納管理	１，５００円／月
レクリエーション・クラブ費	材料費、入場料等	実費
文書料	サービス提供記録の写しの提供	１０円／枚
買い物代行（利用要件あり）	嗜好品以外の物をご家族に代わって購入	１，０００円／回
電気使用量	テレビ、冷蔵庫など	５０円～１００円／日
通信連絡費	請求書の発送料など	９４円／月
文書管理手数料	施設内ポストを使用する場合	３００円／月
証書発行手数料	各種証明書等の発行	１，０００円／枚
付き添い費	協力医療機関以外の院内付き添い	１，０００円／時間