

松 浜 さ く ら 園 入 所 基 本 型 利 用 料 金 表

A . 施設利用料 （自己負担分） ★負担割合1割で算定

| 自己負担分      |     |          | 施設利用料並びに加算について<br>高額介護サービス費によりご負担金額が<br>異なります |
|------------|-----|----------|-----------------------------------------------|
| 要 介 護<br>1 | 多床室 | 7 8 8    |                                               |
|            | 個 室 | 7 1 4    |                                               |
| 要 介 護<br>2 | 多床室 | 8 3 6    |                                               |
|            | 個 室 | 7 5 9    |                                               |
| 要 介 護<br>3 | 多床室 | 8 9 8    |                                               |
|            | 個 室 | 8 2 1    |                                               |
| 要 介 護<br>4 | 多床室 | 9 4 9    |                                               |
|            | 個 室 | 8 7 4    |                                               |
| 要 介 護<br>5 | 多床室 | 1, 0 0 3 |                                               |
|            | 個 室 | 9 2 5    |                                               |

加算

|                                   |                                                      |                                                                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算                              | 3 0                                                  | 入所してから30日間                                                                           |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ                     | 2 2                                                  | サービスの質の向上に資する取り組みを実施している勤続10年以上の介護福祉士を35%以上配置している。                                   |
| リハビリテーションマネジメント計画書<br>情報加算（1月につき） | 3 3                                                  | 医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が協働しリハビリテーション実施計画書を入所者・家族に説明し管理している場合。                           |
| 短期集中リハビリ実施加算                      | 2 4 0                                                | 入所から3ヶ月以内(実施した日に加算)                                                                  |
| 認知症ケア加算                           | 7 6                                                  | 認知症専門棟（3 F）                                                                          |
| 若年性認知症入所者受入加算                     | 1 2 0                                                | 64歳以下の若年性認知症入所者                                                                      |
| 認知症短期集中リハビリ実施加算                   | 2 4 0                                                | 入所から3ヶ月以内(週に3日を限度)                                                                   |
| 療養食加算（1食につき）                      | 6                                                    | 病状に応じた療養食を提供した場合                                                                     |
| 再入所時栄養連携加算                        | 2 0 0                                                | 医療機関に入院し、施設入所時、おおきく異なる栄養管理が必要になった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入等）                               |
| 経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）（1月につき）               | (Ⅰ) 400 (Ⅱ) 100                                      | 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方に対して、計画を作成している場合                                                  |
| 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）                   | (Ⅰ) 239 (Ⅱ) 480                                      | 特定の疾患に、検査、投薬、注射、処置を行った場合(1ヶ月7日若しくは10日以内)                                             |
| 緊急時治療管理                           | 5 1 8                                                | 病状の急変に伴い、緊急的な治療管理を行った場合(1ヶ月3日以内)                                                     |
| 自立支援推進加算（1月につき）                   | 3 0 0                                                | 自立支援の為、特に必要な医学的評価を入所時に行い評価の結果、自立支援が必要であるとされ支援に従ったケアを実施した場合。                          |
| 科学的介護推進体制加算                       | (Ⅰ) 40 (Ⅱ) 60                                        | 入所者毎の心身状況や疾病状況等基本的な情報を厚生労働省に提出しその他サービスを適切・有効に提供している場合。                               |
| 安全対策体制加算（入所時1回）                   | 2 0                                                  | 施設として外部研修を受けた安全対策担当者を配置している場合。                                                       |
| 褥瘡マネジメント加算（1月につき）                 | (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 13<br>経過措置 (Ⅲ) 10                          | 褥瘡ケア計画に基き褥瘡管理を実施する場合。                                                                |
| 排せつ支援加算（1月につき）                    | (Ⅰ) 10<br>(Ⅱ) 15<br>(Ⅲ) 20<br>経過措置 (Ⅳ) 100           | 身体機能の向上や環境の調整によって排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師又は看護師が判断しスクリーニング・支援計画書の作成をし、定期的な見直しと改善ができている場合。 |
| 入所前後訪問指導加算                        | (Ⅰ) 450 (Ⅱ) 480                                      | 入所予定者が退所後生活する居宅を訪問し施設サービス計画及び診療の決定と支援計画を策定した場合。（入所予定日前30日以内又は入所後7日以内）                |
| 入退所前連携加算                          | (Ⅰ) 600 (Ⅱ) 400                                      | 入所予定前30日または入所後30日以内に退所後に利用を希望する介護支援事業者と連携し退所後のサービス等の利用方針を定め退所後のサービス等利用に関する調整を行う場合。   |
| 試行的退所時指導加算                        | 4 0 0                                                | 退所後の療養上の指導を行った場合。                                                                    |
| 訪問看護指示加算                          | 3 0 0                                                | 退所時に当園医師が診療に基づき、看護サービスの利用が必要であると認め当該入所者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合。                         |
| 退所時情報提供加算                         | 5 0 0                                                | 退所後の主治医に対し、診療情報提供書を作成した場合                                                            |
| 外泊時費用加算                           | 3 6 2                                                | 外泊で施設に所在していない日であっても、ベッドを確保した場合。1月に6日を限度とする。                                          |
| ターミナルケア加算（1日につき）                  | 死亡日1650/日、死亡日2日～3日820/日、死亡日以前4日～30日160/日・31日～45日80/日 |                                                                                      |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ                       | 上記の29/1000相当額                                        |                                                                                      |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ                    | 上記の21/1000相当額                                        |                                                                                      |
| ベースアップ等支援加算                       | 上記の8/1000相当額                                         |                                                                                      |

\*新潟市は法令による地区区分7等級により1単位を10.14円として計算しております。

B . 食費・居住費（自己負担分）

| 食 費           |     | 自己負担 1 日分                                 |          | 備 考              |  |
|---------------|-----|-------------------------------------------|----------|------------------|--|
| 利用者負担第 1 段階   |     | 食 費                                       | 3 0 0    | 世帯収入により負担金は変わります |  |
| 利用者負担第 2 段階   |     | 食 費                                       | 3 9 0    |                  |  |
| 利用者負担第 3 段階①  |     | 食 費                                       | 6 5 0    |                  |  |
| 利用者負担第 3 段階②  |     | 食 費                                       | 1, 3 6 0 |                  |  |
| 利用者負担第 4 段階   |     | 食 費                                       | 1, 6 0 0 |                  |  |
| 居 住 費（室料）     |     |                                           |          |                  |  |
| 利用者負担第 1 段階   | 多床室 | 0                                         |          |                  |  |
|               | 個 室 | 4 9 0                                     |          |                  |  |
| 利用者負担第 2 段階   | 多床室 | 3 7 0                                     |          |                  |  |
|               | 個 室 | 4 9 0                                     |          |                  |  |
| 利用者負担第 3 段階①② | 多床室 | 3 7 0                                     |          |                  |  |
|               | 個 室 | 1, 3 1 0                                  |          |                  |  |
| 利用者負担第 4 段階   | 多床室 | 3 7 7                                     |          |                  |  |
|               | 個 室 | 個室(Ⅰ) 2, 0 0 0 個室(Ⅱ) 1, 5 0 0 個室(Ⅲ) 5 0 0 |          |                  |  |

C . 保険外料金

| 項 目       | 日 額   | 備 考                                |
|-----------|-------|------------------------------------|
| 日 用 品 費   | 3 2 0 | エプロン、石鹸、シャワー、ペーパー類、おしぼり、清拭、感染対策用品等 |
| 教 養 娛 楽 費 | 1 6 0 | 新聞、雑誌、レクリエーション材料費、音楽鑑賞用機材等         |
| 合 計       | 4 8 0 | *オムツ代は介護保険で提供されます。本人負担はありません。      |

D その他の実費

| 項 目                | 単 価              | 備 考                          |
|--------------------|------------------|------------------------------|
| 電気器具使用料            | 1 日 5 2          | 持ち込み電気器具 1 点につき              |
| クリーニング<br>(管理料を含む) | 1 枚 2 2 0        | セーター類 タオルケット<br>毛 布 等 リハシューズ |
|                    |                  | 3 3 0 6 6 0 4 4 0（1 足）       |
| 理 髪 料              | 男子 調髪            | 3, 2 0 0                     |
|                    | 女子 カット           | 2, 8 0 0                     |
|                    | 2, 8 0 0 カット・顔剃り | 3, 5 0 0                     |
|                    | 毛染め(カット・顔剃り)     | 6, 0 0 0                     |
| 特別レク・行事            | 実費               | 花見・バザー等                      |
| 予防接種               | 実費となる場合が有ります     | インフルエンザ・その他の予防接種等            |
| 胃ろう                | 実費               | 加圧バック等                       |
| 診断書等               | 実費               | 他施設等、診療情報提供書等                |

※ A+B+C+D の合計金額になります。

※施設利用料並びに加算について：負担割合1割～3割にて算定させて頂いております。  
ご利用料金につきましては事務室迄お問合せ下さい。

※入所中、歯科以外の他の医療機関(病・医院)への受診は、原則として出来ません。

2020/4/1一部改定  
2021/4/1一部改定  
2021/8/1一部改定  
2023/2/1一部改定