

特別養護老人ホーム サンホームふじみ

平成29年4月1日より適用

要介護	負担段階	日 額					月 額		介護職員処遇改善加算Ⅰ⑥(31日)注2	地域区分7級地(31日)注2	31日の合計	2割負担	
		基本料金①	日常生活継続支援加算Ⅰ②注1	夜勤職員配置加算Ⅰイ③	看護体制加算Ⅰイ④	食 費	居住費	口腔衛生管理体制加算⑤					貴重品管理料
1	第1段階	¥547				¥300	¥0			¥1,575	¥288	¥33,134	/
	第2段階					¥390	¥370					¥47,394	
	第3段階					¥650	¥370					¥55,454	
	第4段階					¥1,680	¥840					¥101,954	
2	第1段階	¥614				¥300	¥0			¥1,747	¥320	¥35,415	/
	第2段階					¥390	¥370					¥49,675	
	第3段階					¥650	¥370					¥57,735	
	第4段階					¥1,680	¥840					¥104,235	
3	第1段階	¥682	¥36	¥22	¥6	¥300	¥0	¥30	¥3,000	¥1,922	¥351	¥37,729	/
	第2段階					¥390	¥370					¥51,989	
	第3段階					¥650	¥370					¥60,049	
	第4段階					¥1,680	¥840					¥106,549	
4	第1段階	¥749				¥300	¥0			¥2,093	¥383	¥40,009	/
	第2段階					¥390	¥370					¥54,269	
	第3段階					¥650	¥370					¥62,329	
	第4段階					¥1,680	¥840					¥108,829	
5	第1段階	¥814				¥300	¥0			¥2,262	¥414	¥42,224	/
	第2段階					¥390	¥370					¥56,484	
	第3段階					¥650	¥370					¥64,544	
	第4段階					¥1,680	¥840					¥111,044	

第1段階対象者：生活保護受給者、市町村民税が世帯全員が非課税であり高齢福祉年金受給者

第2段階対象者：市町村民税が世帯全員が非課税であり課税年金収入等が80万円以下の方。世帯分離されていても配偶者が課税の場合、対象外。

第3段階対象者：市町村民税が世帯全員が非課税であり課税年金収入等が80万円以上の方。世帯分離されていても配偶者が課税の場合、対象外。

第4段階対象者：世帯及び本人（配偶者含む）が市町村民税を課税されている方。

※入居者が非課税であっても①配偶者が課税されている場合②本人（夫婦）の資産（金融資産）が単身で1,000万円超、夫婦で2,000万円を保有している場合には居住費、食費の負担軽減の対象外となります。

一定以上の所得のある方（合計所得金額160万円以上）は自己負担割合2割（市町村から利用者負担割合証が発行）となります。

注1 日常生活継続支援加算を算定しない時には、サービス提供体制加算Ⅰロ（12円/日）が算定されます。

日常生活継続支援加算とサービス提供体制加算Ⅰは、同時に算定する事が出来ないため、どちらか一方が算定されます。

注2 介護職員処遇改善加算Ⅰ及び地域区分7級地の金額は、利用日数等によって変わってきます。

介護職員処遇改善加算Ⅰ⑥は、1カ月の総額【{(①+②+③+④)×利用日数+⑤}×83/1,000】で算定されます。

地域区分7級地は、1カ月の総額【{(①+②+③+④)×利用日数+⑤+⑥}×14/1,000】で算定されます。

初期加算・・・入居された日から30日以内の期間について30円/日。30日を超える入院後、退院され施設に戻られた場合も同様に30円/日。

看取り介護加算・・・施設で看取りを行った場合には、死亡日以前4～30日までは144円、前日・前々日は680円、当日には1,280円となります。

（但し、死亡前30日を限度として死亡月に加算されます）

口腔衛生管理加算・・・個別に、月4回以上の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔ケアを行った場合には、110円/月

療養食加算・・・医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する療養食を提供した場合には、18円/日

* 1ヶ月の利用料は、日割りの為、月によって変動があります。

* 医療費・薬代は実費。

* 個人で居室等で使用される電化製品利用管理費（テレビ、電気毛布、ラジオ等）1電化製品につき50円/日（電池使用は除く、消費電力の多い電化製品は要相談）。

* 喫茶代が、2ヶ月に1回支払いあり。

* 散髪代は、2,000円/回（実施は2か月に1回）

* おむつ代は上記利用料に含まれております。

□ は、介護保険適用外