

# ○特別養護老人ホームまごころの杜つくば 利用料金【入所】

令和6年6月1日現在

| 負担減額認定による負担割合 |             | 第1段階                                      | 第2段階  | 第3段階①                         | 第3段階②                     | 第4段階     |
|---------------|-------------|---|---|-------------------------------|---------------------------|----------|
|               |             | 高齢福祉年金受給の方で世帯全員が住民税非課税の方<br>生活保護を受給されている方 | 世帯全員が住民税非課税で本人の課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額80万円以下の方 | 住民税非課税世帯、年金収入等が80万円超120万円以下の方 | 住民税が非課税世帯、年金収入が120万円を超える方 | (非該当)    |
| 食費            | 1日あたり       | ¥300                                      | ¥390  | ¥650                          | ¥1,360                    | ¥1,800   |
|               | 1ヶ月(30日)あたり | ¥9,000                                    | ¥11,700                                       | ¥19,500                       | ¥40,800                   | ¥54,000  |
| 居住費           | 1日あたり       | ¥820                                      | ¥820  | ¥1,310                        | ¥1,310                    | ¥2,600   |
|               | 1ヶ月(30日)あたり | ¥24,600                                   | ¥24,600                                       | ¥39,300                       | ¥39,300                   | ¥78,000  |
| 合計(A)         |             | ¥33,600                                   | ¥36,300                                       | ¥58,800                       | ¥80,100                   | ¥132,000 |

## 30日分の介護費内訳 ※単位数計算

| 介護費の項目                      | 加算の主な算定要件   | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5                                   |
|-----------------------------|---|----------|----------|--|
| 基本単位数                       |   | 24,450   | 26,580   | 28,650                                 |
| 看護体制加算 I                    | 常勤看護師を1人以上配置している  |          | 120      |  |
| 褥瘡マネジメント加算 I                | 褥瘡の発生リスクについて、評価を行った場合   |          | 3        |  |
| 科学的介護推進体制加算 I               | 心身の状況に関する情報を厚生労働省に提出している場合  |          | 40       |  |
| サービス提供体制強化加算 II             | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が60%以上になっている  |          | 540      |  |
| 夜勤職員配置加算                    | 夜勤介護職員・看護職員数が最低基準を1人以上上回っている  |          | 540      |  |
| 個別機能訓練加算 I                  | 専従の機能訓練指導員を配置。機能訓練指導員や専門職が共同して個別機能訓練計画を作成し機能訓練を実施している。                            |          | 360      |  |
| 個別機能訓練加算 II                 | Iを算定。個別機能訓練計画の情報を厚労省へ提出。訓練実施に当たり当該情報や訓練実施の必要な情報を活用している。                           |          | 20       |  |
| 生産性向上推進体制加算 II              | 安全と介護サービスの質を確保し職員の負担軽減に資する委員会を開催。安全対策を講じ改善活動を継続的に実施。見守り機器等の導入。業務改善取組の効果を年1回データ提出。 |          | 10       |  |
| 初期加算                        | 入所当初は生活に慣れる為に様々な支援が必要になることから利用開始に行う取り組みを評価  | 900      |          | 入所した日から30日間に限り30単位/日算定                 |
| 療養食加算                       | 病気の治療に必要な食事を提供した場合  | 540      |          | 1回につき6単位算定。1日3回まで算定可                   |
| 外泊時加算                       | 医療機関へ入院を要した場合および入所者の居宅で外泊をした場合  | 1,476    |          | 1ヶ月に6日を限度とし月をまたがる場合は最大12日間まで算定         |
| 看取り介護加 I                    | ①医学的知見に基づき医師が回復の見込みがないと判断している。  | 1,080    |          | ご逝去日から起算し31日前～45日前に限り72単位/日を算定(最大15日間) |
|                             | ②医師・看護師・ケアマネジャーが共同で作成した介護計画書について医師から説明を受け同意している。                                  | 3,888    |          | ご逝去日から起算し4日前～30日前に限り144単位/日を算定(最大27日間) |
|                             | ③看取りの指針に基づき入所者の状態、家族の求め等に応じ随時医師等と連携の下介護記録等を活用した介護の説明を受け同意している。                    | 1,360    |          | ご逝去日の前日と前々日に限り680単位/日(最大2日間)           |
| 新興感染症施設療養費                  | 厚労省が定める感染症に感染し、診療等を行う医療機関を確保する。かつ適切な感染症対策をもって介護支援を行った場合。                          | 1,280    |          | ご逝去日に限り1,280単位を算定                      |
|                             |   | 1,200    |          | 1ヶ月に1回、連続する5日を限度として算定 ※仮に5日間分を計算       |
|                             |   | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5                                   |
| 定期 合計単位数①                   |   | 25,703   | 27,833   | 29,903                                 |
| 介護職員処遇改善加算 I (①の14%)        |   | 3,598    | 3,897    | 4,186                                  |
| 総単位数                        |   | 29,301   | 31,730   | 34,089                                 |
| 介護費全額(1単位10.45円換算 ※地域区分5級地) |   | ¥306,200 | ¥331,575 | ¥356,234                               |
| 介護費自己負担分 1割分(B)             |   | ¥30,620  | ¥33,157  | ¥35,623                                |
| 介護費自己負担分 2割分(B)             |   | ¥61,240  | ¥66,315  | ¥71,247                                |
| 介護費自己負担分 3割分(B)             |   | ¥91,860  | ¥99,472  | ¥106,870                               |

- ・上記加算は厚生労働省が定める加算項目の一部となります。上記に表記のない加算でも算定要件に該当する場合は算定させていただく場合がございます。なお、上記を含め算定要件を満たさない加算は計上いたしません。加算項目や算定の詳細につきましてご不明の点がございましたらご相談ください。
- ・介護保険法によりつくば市は介護費1単位あたり10.45円と定められております。介護保険適用額は端数処理により、実際の請求額と異なります。
- ・上記合計には不定期で算定させていただく加算は含まれておりません。該当する際に適時算定をさせていただきます。
- ・診察代やお薬代等の医療費や日用品費は実費となり上記合計には含まれておりません。詳しくは裏面をご参照ください。

☑1ヶ月（30日）あたりのご利用料金合計（A+B） 早見表

| 負担減額認定による負担割合 | 要介護3     |          |          | 要介護4     |          |          | 要介護5     |          |          |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|               | 1割       | 2割       | 3割       | 1割       | 2割       | 3割       | 1割       | 2割       | 3割       |
| 第1段階          | ¥64,220  | /        | /        | ¥66,757  | /        | /        | ¥69,223  | /        | /        |
| 第2段階          | ¥66,920  | /        | /        | ¥69,457  | /        | /        | ¥71,923  | /        | /        |
| 第3-①段階        | ¥89,420  | /        | /        | ¥91,957  | /        | /        | ¥94,423  | /        | /        |
| 第3-②段階        | ¥110,720 | /        | /        | ¥113,257 | /        | /        | ¥115,723 | /        | /        |
| 4段階<br>(非該当)  | ¥162,620 | ¥193,240 | ¥223,860 | ¥165,157 | ¥198,315 | ¥231,472 | ¥167,623 | ¥203,247 | ¥238,870 |

【その他介護保険外料金】 ※介護保険外サービスとなり任意でのご利用となります。

| 項目       | 料金                    | 内容   |
|----------|-----------------------|--|
| おやつ代     | 150円/日<br>(30日4,500円) | おやつを提供を希望する場合ご請求となります。   |
| 理美容代     | 1,500円～<br>6,500円/回   | メニューにより料金が異なります。詳細は別紙料金表をご参照ください。  |
| 日常生活品管理費 | 100円～<br>2,500円/品     | 日用必需品の使用・補充・管理を代行する場合ご請求となります。詳細は別紙料金表をご参照ください。  |
| 医療費      | 実費                    | 医療機関へ受診、お薬代など医療保険に係る費用としてご請求となります。   |
| 電化製品等使用費 | 500円/月                | 居室等へお持ち込みになる電化製品をご使用になる場合、ご請求となります。お使用になる製品によっては左記とは別に料金を承る場合がございます。また、電気シェーバー等の電化製品や、在宅酸素機器といった医療機器等、日常生活上最低限必要となるものついて費用は掛かりません。                                       |
| 布下着      | 1枚700円                | QOL向上の取り組みとして、紙オムツ使用の軽減（尿取りパットを除く）を目指します。テープ止め紙オムツをご使用方は全員の方※、履くタイプの紙オムツをお使いの方は入所後1～2週間ほど状況を確認したうえで該当する方に3枚ずつご購入いただきます。※布下着では排泄介助が適切に行えないような場合につきましては、テープ止め紙オムツを使用いたします。 |