

# ○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5年7月29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	非該当
		高齢福祉年金受給の方で世帯全員が住民税非課税の方 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	
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
<b>合計（A）</b>		<b>¥33,600</b>	<b>¥36,300</b>	<b>¥58,800</b>	<b>¥80,100</b>	<b>¥132,000</b>

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		23,790	25,860	27,870	
定期 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		
不定期※	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を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自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ないと判断している。 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看取りに関する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	1,080		ご逝去日前31～45日に限り72単位/日を算定
			3,888		ご逝去日前4日～30日に限り144単位/日を算定
		1,360		ご逝去日前2日～3日に限り680単位/日を算定	
		1,280		ご逝去日に限り1,280単位を算定	
定期 合計単位数①		24,493	26,563	28,573	
介護職員処遇改善加算Ⅰ（①の8.3%）		2,033	2,205	2,372	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ（①の2.3%）		563	611	657	
介護職員等ベースアップ等支援加算（①の1.6%）		392	425	457	
総単位数		27,481	29,804	32,059	
介護費全額（1単位10.45円換算 ※地域区分5級地）		¥287,178	¥311,449	¥335,016	
介護費自己負担分 1割分（B）		¥28,718	¥31,145	¥33,502	
介護費自己負担分 2割分（B）		¥57,436	¥62,290	¥67,003	
介護費自己負担分 3割分（B）		¥86,153	¥93,435	¥100,505	

※上記は加算項目の一部となります。算定要件に該当する場合は当該加算を算定させていただく場合がございます。加算項目や加算算定の詳細につきましてはご相談ください。

- 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。

## ☑1ヶ月（30日）あたりのご利用料金合計（A+B）

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	¥62,318			¥64,745			¥67,102		
第2段階	¥65,018			¥67,445			¥69,802		
第3-①段階	¥87,518			¥89,945			¥92,302		
第3-②段階	¥108,818			¥111,245			¥113,602		
4段階（非該当）	¥160,718	¥189,436	¥218,153	¥163,145	¥194,290	¥225,435	¥165,502	¥199,003	¥232,505

【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 (30日4,500円)	おやつの提供を希望する場合ご請求となります。
理美容代	1,500円～ 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～ 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。お使い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。