

特別養護老人ホーム観成園 短期入所利用料

R8.4.1～

ご利用者の負担額は、表1保険適用利用料・表2保険適用外利用料の合計額になります。

表1 保険適用利用料

(単位 1日当たり 円)

介護度	介護報酬(A) (利用者1割負担)	加算額(B) (利用者1割負担)	利用者負担合計 (A)+(☆B)
要支援1	5,290	☆サービス提供体制強化加算 I 220 ☆夜勤職員配置加算Ⅳロ(※介護予防を除く) 200	551
要支援2	6,560	☆生産性向上推進体制加算Ⅱ 100/月 介護職員等処遇改善加算 I ※1	678
要介護1	7,040	送迎加算(伊南地区ご利用者・片道) 1,840	746
要介護2	7,720	連続30日を超えて利用した場合、日数により減算あり 療養食加算(食事箋必要)(1回あたり) 80	814
要介護3	8,470	看護体制加算(Ⅰ) 40 看護体制加算(Ⅱ) 80	889
要介護4	9,180	認知症行動・心理症状緊急対応加算 2,000 若年性認知症利用者受入加算 1,200	960
要介護5	9,870	緊急短期入所受入加算(※介護予防を除く) 900 ※上記以外にも該当する項目がある場合は加算させていただきます	1,029

※ 介護報酬加算額は1日当たりの金額です。該当する項目のその1割(または2割、3割)を負担していただきます。

※1 別途、保険適用利用料の合計額に介護職員等処遇改善加算が加わります。

表2 保険適用外利用料(利用者負担)

(単位 1日当たり 円)

負担段階 ※4	項目			合計 (C+D)	その他日用品等負担額 (E)
	食費 (C)	居住費 (D)			
第1段階 住民税世帯非課税で高齢福祉年金受給者 生活保護受給者 ※3	300	880		1,180	理美容代 実費 日用品費 実費 (ティッシュペーパー・歯磨き粉・歯ブラシ等)
第2段階 住民税世帯非課税で合計所得額と公的年金等収入額 の合計が年間80万円以下の方	600	880		1,480	ご利用者の嗜好等にかかる経費 実費 医療費とならないもの 実費 (パルーン用カテテル・ウロガード・カニューレ等)
第3段階 ① 住民税世帯非課税で合計所得額と公的年金等 収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方	1,000	1,370		2,370	設置テレビ利用代 1日 80円
第3段階 ② 住民税世帯非課税で合計所得額と公的年金等 収入額の合計が年間120万円超の方	1,300	1,370		2,670	電気製品個人持込料(電気料) 電気あんか・電気毛布 1日 各30円 ラジオ・ラジカセ 1日 各10円
第4段階 上記以外の方	朝食 370 昼食 700 夕食 560 計 1,630	2,066		3,696	

※ 生活保護受給者は直接観成園までお問い合わせ下さい。

※ 上記以外にも算定要件がありますので、詳しくは市町村へ申請をお願いします。(配偶者の有無、預貯金の額 等)