

1. 基本料金(介護)

(介護保険での2割負担料金:円)

| 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 介護福祉施設サービス費Ⅱ | 1,114 | 1,250 | 1,390 | 1,526 | 1,658 |

2. 加算料金

(介護保険での2割負担料金:円)

| | | | |
|---------|---------------|---|---|
| 全員対象 | 日常生活継続支援加算Ⅰ | 72/日 | <ul style="list-style-type: none"> 次の(1)から(3)までのいずれかを満たすこと。 (1)算定日の属する月の前の6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が70%以上であること。 (2)算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が65%以上であること。 (3)社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の15%以上であること。 ・入所者の数が6又はその端数を増す毎に、介護福祉士を1以上配置していること。 |
| | 栄養マネジメント加算 | 28/日 | 入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合。 |
| | 看護体制加算Ⅰ | 12/日 | 常勤の看護師を1名以上配置していること。 |
| | 看護体制加算Ⅱ | 26/日 | 基準を上回る看護職員の配置と、施設から医療機関等への24時間連絡体制が確保されていること。 |
| | 夜勤職員配置加算Ⅰイ | 44/日 | 入所定員が30人以上又は50人以下の事業所で、夜勤職員の最低基準を1人以上上回って配置していること。 |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 60/月 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成していること。 |
| | 生活機能向上連携加算 | 400/月 | 医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。 |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 総単位数 ×8.3% | 1月の基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×8.3% |
| 対象者のみ加算 | 初期加算 | 60/日 | 入所日から起算して30日間であること。 ※過去3ヶ月間にその施設に入所したことがない場合に限る(日常生活自立度ランクⅢ以上の場合は過去1ヶ月間)。 |
| | 外泊時費用 | 492/日 | 入所者が病院等へ入院又は居宅に外泊した場合。(月6日を限度) |
| | 若年性認知症入所者受入加算 | 240/日 | 受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めていること。 |
| | 配置医師緊急時対応加算 | 1,300/回 (早朝・夜間) 2,600/回 (深夜) | <ul style="list-style-type: none"> 看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。 入所者に対する緊急時の病状等についての情報共有の方法が、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。 複数名の配置医師を置き、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。 ※ 早朝(6時～8時)、夜間(18時～22時)、深夜(22時～6時) |

| | | | |
|---------|------------|--|--|
| 対象者のみ加算 | 認知症専門ケア加算Ⅱ | 8/日 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入居者の1/2以上であること。 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上、20人以上の場合は10又はその端数を増す毎に1名以上を配置していること。 ・職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導者会議を定期的開催していること。 ・上記内容の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置していること。 ・介護、看護職員ごとの研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。 |
| | 看取り介護加算(Ⅱ) | 288/日 (死亡日以前 4～30日) 1,560/日 (死亡日前 日及び 前々日) 3,160/日 (死亡日) | <ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な物から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。 ・看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。 ・入所者に対する緊急時の病状等についての情報共有の方法が、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。 ・複数名の配置医師を置き、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。 |
| | 排せつ支援加算 | 200/月 | <p>排泄に介護を要する利用者(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄に介護を要する原因等についての分析 ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施する。 <p>(※1)要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。 (※2)要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り」以上に改善することを目安とする。 (※3)看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。</p> |
| | 再入所時栄養連携加算 | 800/回 | <p>介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回に限り算定できること。 ・栄養マネジメント加算を算定していること。 |

| | | | |
|---------|------------|-------|---|
| 対象者のみ加算 | 低栄養リスク改善加算 | 600/月 | <p>低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養マネジメント加算を算定している施設であること ・経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること ・低栄養リスクが「高」の入所者であること ・新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること ・月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること(作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと)。 <p>また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと ・当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。 ・入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。 |
| | 経口移行加算 | 56/日 | <p>経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合。</p> <p>※栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定不可。</p> |
| | 経口維持加算Ⅰ | 800/月 | <p>現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合、1月につき算定。</p> <p>※栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定できません。</p> <p>※入所者ごとの経口維持計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り算定できます(特別な管理が必要な場合は、引き続き算定可)。</p> |
| | 経口維持加算Ⅱ | 200/月 | <p>当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算Ⅰにおいて行う食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く。)歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算Ⅰに加えて、1月につき算定。</p> <p>※経口維持加算Ⅰを算定していない場合は、算定できません。</p> |

3. 介護保険外

| | | |
|--------|--------|----------------------|
| おやつ代 | | 1日50円 |
| 理美容料金 | 2,000円 | 予約制のため、あらかじめ申込みが必要 |
| 電気代 | | 1日1家電50円 |
| 日用雑貨 | | 状況に応じての相当額 |
| 複写物の交付 | | コピー代: B5～A3サイズ 1枚10円 |

| | 食事の負担額(円/日) | 居住費(円/日) |
|------|-------------|----------|
| 第1段階 | 300 | 0 |
| 第2段階 | 390 | 370 |
| 第3段階 | 650 | 370 |
| 第4段階 | 1380 | 840 |

※食費、居住費については、介護保険負担限度額認定が適用されます。

第1段階…生活保護受給者の方等。老齢福祉年金受給者等で、世帯全員が市町村民税非課税の方。

第2段階…世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方等

第3段階…世帯全員が市町村民税非課税で、上記に該当しない方

第4段階…上記以外の方

| | | |
|---|------------------------------|---|
| 医療保険制度における 現役並み所得者相当の方※ | 4万4,400円 | ※同一世帯内に65歳以上(第1号被保険者)で課税所得145万円以上の方がいる方。ただし、単身世帯で収入が383万円未満、65歳以上(第1号被保険者)の方が2人以上の世帯で収入の合計が520万円未満の場合は、「市町村民税課税世帯の方」と同様の限度額になります。 ※申請により上限額を超過した金額が還付されます。 |
| 市町村民税課税世帯の方 | 3万7,200円 | |
| 世帯全員が市町村民税非課税 | 2万4,600円 | |
| ・老齢福祉年金受給者の方 ・前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方等 | 2万4,600円(世帯) 1万5,000円(個人) | |
| 生活保護の受給者の方等 | 1万5,000円 | |

※利用者の負担額には、月額の上
限額(高額介護サービス費)があるた
め、実際の負担は、自己負担が2割
になった方全員がこれまでの2倍に
なるとは限りません。

○1ヶ月あたりの負担金額(30日) ※概算

※食事代・居住費込み、介護保険外・対象者のみの加算に関する費用は含んでいません。

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 第1段階 | 53,105 | 57,524 | 62,072 | 66,491 | 70,780 |
| 第2段階 | 66,905 | 71,324 | 75,872 | 80,291 | 84,580 |
| 第3段階 | 74,705 | 79,124 | 83,672 | 88,091 | 92,380 |
| 第4段階 | 110,705 | 115,124 | 119,672 | 124,091 | 128,380 |

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

事業所番号【3072100203】

社会福祉法人 同仁会

特別養護老人ホーム カルフル・ド・ルポ印南
〒649-1533 和歌山県日高郡印南町山口150番地1
TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500