

特別養護老人ホーム アイリス 入所利用料金

R7.5.1改正

単位：円

介護度	介護保険 負担段階	介護保険 1割負担	食費	居住費		1日分の合計		30日分の合計	
				従来型 個室	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護1	第1段階	589	300	380	-	1,285	905	38,547	27,147
	第2段階		390	480	430	1,475	1,425	44,247	42,747
	第3段階①		650	880	430	2,135	1,685	64,047	50,547
	第3段階②		1,360	880	430	2,845	2,395	85,347	71,847
	第4段階		1,800	1,850	1,400	4,255	3,805	127,647	114,147
	2割負担	1,178	1,800	1,850	1,400	4,860	4,410	145,794	132,294
	3割負担	1,767	1,800	1,850	1,400	5,465	5,015	163,941	150,441
要介護2	第1段階	659	300	380	-	1,357	977	40,704	29,304
	第2段階		390	480	430	1,547	1,497	46,404	44,904
	第3段階①		650	880	430	2,207	1,757	66,204	52,704
	第3段階②		1,360	880	430	2,917	2,467	87,504	74,004
	第4段階		1,800	1,850	1,400	4,327	3,877	129,804	116,304
	2割負担	1,318	1,800	1,850	1,400	5,004	4,554	150,108	136,608
	3割負担	1,977	1,800	1,850	1,400	5,680	5,230	170,411	156,911
要介護3	第1段階	732	300	380	-	1,432	1,052	42,953	31,553
	第2段階		390	480	430	1,622	1,572	48,653	47,153
	第3段階①		650	880	430	2,282	1,832	68,453	54,953
	第3段階②		1,360	880	430	2,992	1,790	89,753	53,700
	第4段階		1,800	1,850	1,400	4,402	3,952	132,053	118,553
	2割負担	1,464	1,800	1,850	1,400	5,154	4,704	154,606	141,106
	3割負担	2,196	1,800	1,850	1,400	5,905	5,455	177,159	163,659
要介護4	第1段階	802	300	380	-	1,504	1,124	45,110	33,710
	第2段階		390	480	430	1,694	1,644	50,810	49,310
	第3段階①		650	880	430	2,354	1,904	70,610	57,110
	第3段階②		1,360	880	430	3,064	2,614	91,910	78,410
	第4段階		1,800	1,850	1,400	4,474	4,024	134,210	120,710
	2割負担	1,604	1,800	1,850	1,400	5,297	4,847	158,919	145,419
	3割負担	2,406	1,800	1,850	1,400	6,121	5,671	183,629	170,129
要介護5	第1段階	871	300	380	-	1,575	1,195	47,236	35,836
	第2段階		390	480	430	1,765	1,715	52,936	51,436
	第3段階①		650	880	430	2,425	1,975	72,736	59,236
	第3段階②		1,360	880	430	3,135	2,685	94,036	80,536
	第4段階		1,800	1,850	1,400	4,545	4,095	136,336	122,836
	2割負担	1,742	1,800	1,850	1,400	5,439	4,989	163,171	149,671
	3割負担	2,613	1,800	1,850	1,400	6,334	5,884	190,007	176,507

B*実費

医療費（往診・受診・薬代）医療にかかわる個人物品	実費	☑
理美容代	カット	1,520円
買物代行・嗜好品	実費	☑
インフルエンザ予防接種	実費	☑
電気代	1点70円、2点以上120円/日	☑
介護保険外居室料（入院7日目から算定）	実費	☑

C*加算料金

介護 負担割合	1割負担	4,500	～	5,000
	2割負担	9,000	～	10,000
	3割負担	13,500	～	15,000

ご利用料金の概算は

A利用料計+B個別実費料金+加算料金の合計額となります

加算料金

	加算の種類	加算単位		加算の種類	加算単位
<input checked="" type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算Ⅰ	36/日	<input checked="" type="checkbox"/>	初期加算	30/日
<input type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算Ⅱ	46/日	<input checked="" type="checkbox"/>	外泊時費用	246/日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅰ）イ	6/日	<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理加算Ⅰ	90/月
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅰ）ロ	4/日	<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理加算Ⅱ	110/月
<input type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅱ）イ	13/日	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算Ⅰ	72/日 前31～45日
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅱ）ロ	8/日			144/日 前 4～30日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	22/日			680/日 前 2～3日
<input checked="" type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13/日			1280/日 死亡日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	27/日	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算Ⅱ	72/日 前31～45日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	18/日			144/日 前 4～30日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22/日			780/日 前 2～3日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18/日			1580/日 死亡日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6/日	<input type="checkbox"/>	退所時等相談援助加算	400/1回のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能連携加算Ⅰ	100/月	<input type="checkbox"/>	退所後訪問相談援助加算	460/1回のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能連携加算Ⅱ	200/月	<input type="checkbox"/>	退所前連携加算	500/1回のみ
<input type="checkbox"/>	自立支援促進加算	300/月	<input type="checkbox"/>	経口移行加算	28/日
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅰ	12/月	<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅰ）	400/月
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅱ	20/月	<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅱ）	100/月
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算Ⅰ	40/月	<input type="checkbox"/>	再入所時栄養連携加算	200/1回のみ
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50/月	<input type="checkbox"/>	在宅復帰支援加算	10/日
<input checked="" type="checkbox"/>	安全対策体制加算＊算定は1回に限る	20/回	<input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入所者受入加算	120/日
<input type="checkbox"/>	ADL維持加算Ⅰ	30/月	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3/日
<input checked="" type="checkbox"/>	ADL維持加算Ⅱ	60/月	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4/日
<input checked="" type="checkbox"/>	栄養マネジメント強化加算	11/日	<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状 緊急対応加算	200/日
<input checked="" type="checkbox"/>	療養食加算	6/月	<input checked="" type="checkbox"/>	排泄支援加算Ⅰ	10/月
<input checked="" type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3/月	<input type="checkbox"/>	排泄支援加算Ⅱ	15/月
<input type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13/月	<input type="checkbox"/>	排泄支援加算Ⅲ	20/月
<input type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10/月	<input checked="" type="checkbox"/>	協力医療機関連携加算	100/月
<input checked="" type="checkbox"/> ＊1	配置医師緊急時対応加算（時間外）	325/回	<input type="checkbox"/>	退所時情報提供加算	250/回
<input checked="" type="checkbox"/> ＊2	配置医師緊急時対応加算（早朝夜間）	650/回	<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10/月
<input checked="" type="checkbox"/> ＊3	配置医師緊急時対応加算（深夜）	1300/回	<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5/月
<input type="checkbox"/>	自立支援促進加算	280/月	<input type="checkbox"/>	認知症チームケア推進加算Ⅰ	150/月
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100/月	<input type="checkbox"/>	認知症チームケア推進加算Ⅱ	120/月
<input checked="" type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅰ		利用単位数×0.14円/日		

＊1＊.2.＊3 配置医師緊急時加算について

- ・時間外：嘱託医対応の木曜日14時から16時以外の時間帯
- ・早朝夜間：6時～8時（早朝）18時～22時（夜間）
- ・深夜：22時～6時

サービスのご提供にあたり、本紙面に基づき、ご利用サービスに関わる費用の説明を行いました。

説明日 ：令和 年 月 日

【説明者】 住所：埼玉県川越市府川243-2

事業所：特別養護老人ホームアイリス

代表者職・氏名：生活相談員

臼倉紀子

㊞

【家族様名】 _____（続柄）_____

【利用者様名】 _____