

特別養護老人ホーム大信「聖・虹の郷」利用料金表
(ユニット型個室)

令和6年(2024年)8月より

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

① 介護保険負担金

※ 介護保険負担金については、負担割合が1割の場合の額を示しています。(②も同様)

※ 一定以上の所得のある方は、サービスを利用したときの負担割合が2割または3割になります。

要介護度	1	2	3	4	5
日額	¥670	¥740	¥815	¥886	¥955

項目	日額	月額	備考
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	¥46	¥1,380	
看護体制加算(Ⅱ)イ	¥13	¥390	
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	¥27	¥810	
個別機能訓練加算(Ⅰ)	¥12	¥360	
外泊時費用	¥246		月6日限度
初期加算	¥30		入所日(再入所含む)より30日間
再入所時栄養連携加算		¥200/回	再入所の際に、1回に限り
療養食加算	¥6/回 (~¥16/日)	¥540	1食を1回として1日につき3回まで。対象者のみ
介護職員等処遇改善加算Ⅰ			その月の負担分合計金額に14.0%が加算されます

② その他の介護保険料等

項目	日額	月額	備考
看護体制加算(Ⅰ)イ	¥6	¥180	
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	¥33	¥990	
個別機能訓練加算(Ⅱ)		¥20	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅰ)		¥30	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅱ)		¥60	1ヶ月につき
若年性認知症入所者受入加算	¥120	¥3,600	
退所前訪問相談援助加算	¥460		
退所後訪問相談援助加算	¥460		
退所時相談援助加算	¥400		
退所前連携加算	¥500		
栄養マネジメント強化加算	¥11	¥330	
経口移行加算	¥28	¥840	
経口維持加算(Ⅰ)		¥400	1ヶ月につき
経口維持加算(Ⅱ)		¥100	1ヶ月につき
口腔衛生管理加算(Ⅰ)		¥90	1ヶ月につき。対象者のみ
口腔衛生管理加算(Ⅱ)		¥110	1ヶ月につき。対象者のみ
看取り介護加算(Ⅰ)	¥72		¥72~¥1,280/日
看取り介護加算(Ⅱ)	¥72		¥72~¥1,580/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	¥3	¥90	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	¥4	¥120	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	¥200		7日間を限度
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)		¥3	1ヶ月につき
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		¥13	1ヶ月につき
褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)		¥10	3ヶ月に1回を限度として、1ヶ月につき
排せつ支援加算(Ⅰ)		¥10	1ヶ月につき
排せつ支援加算(Ⅱ)		¥15	1ヶ月につき
排せつ支援加算(Ⅲ)		¥20	1ヶ月につき
排せつ支援加算(Ⅳ)		¥100	1ヶ月につき
自立支援促進加算		¥300	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		¥40	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		¥50	1ヶ月につき
安全対策体制加算		¥20/回	入所時に、1回に限り
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥22	¥660	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	¥18	¥540	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	¥6	¥180	

③ その他の自己負担分

項目	負担段階				
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費(日額)	¥300	¥390	¥650	¥1,360	¥1,445
居住費(日額)	¥880	¥880	¥1,370	¥1,370	¥1,500

※食費と居住費に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※外泊時・入院時に空床利用をした場合、その期間の居住費は算定いたしません。

④ その他の費用

項目	金額	備考	
理美容代(/回)	¥1,500	¥1,500から	
新聞代等	実費		
入院時おむつ代	テープ式パンツ(/枚)	¥100	入院時のおむつ類を、当施設で手配する場合 パット(/枚)
	はくパンツ(/枚)	¥100	
		¥50	

※その他、利用者の選定による教養娯楽費、日用品費などの実費をいただく場合があります。