

特別養護老人ホームさみた 入居サービス 料金表

令和4年10月1日現在

要介護 1 (介護保険単位数 1単位:10.14円)		単位数	3割負担	2割負担	1割負担				
					第4段階	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
介護保険 負担額	施設サービス費	652	1,984	1,323	662	662	662	662	662
	看護体制加算(Ⅰ)イ	6	18	12	6	6	6	6	6
	看護体制加算(Ⅱ)イ	13	40	27	14	14	14	14	14
	栄養マネジメント強化加算	11	34	23	12	12	12	12	12
	精神科医療養指導加算	5	15	10	5	5	5	5	5
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	55	37	19	19	19	19	19
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	58	177	118	59	59	59	59	59
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	19	58	39	20	20	20	20	20
	介護職員等遇改善ベースアップ加算(Ⅰ)	11	34	23	12	12	12	12	12
その他 費用	居住費		2,500			1,310	1,310	820	820
	食費		1,700			1,360	650	390	300
	おやつ代		100			100	100	100	100
	日用品費		100			100	100	100	100
	教養娯楽費		100			100	100	100	100
日 額			6,915	6,112	5,309	3,779	3,069	2,319	2,229
合計 月額(30日)概算			207,450	183,360	159,270	113,370	92,070	69,570	66,870

要介護 2 (介護保険単位数 1単位:10.14円)		単位数	3割負担	2割負担	1割負担				
					第4段階	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
介護保険 負担額	施設サービス費	720	2,190	1,460	730	730	730	730	730
	看護体制加算(Ⅰ)イ	6	18	12	6	6	6	6	6
	看護体制加算(Ⅱ)イ	13	40	27	14	14	14	14	14
	栄養マネジメント強化加算	11	34	23	12	12	12	12	12
	精神科医療養指導加算	5	15	10	5	5	5	5	5
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	55	37	19	19	19	19	19
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	64	195	130	65	65	65	65	65
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	20	61	41	21	21	21	21	21
	介護職員等遇改善ベースアップ加算(Ⅰ)	12	37	25	13	13	13	13	13
その他 費用	居住費		2,500			1,310	1,310	820	820
	食費		1,700			1,360	650	390	300
	おやつ代		100			100	100	100	100
	日用品費		100			100	100	100	100
	教養娯楽費		100			100	100	100	100
日 額			7,145	6,265	5,385	3,855	3,145	2,395	2,305
合計 月額(30日)概算			214,350	187,950	161,550	115,650	94,350	71,850	69,150

体制加算 (介護保険単位数 1単位:10.14円)	単位数	3割負担	2割負担	1割負担	請求単位
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	122	81	41	この加算は、1ヶ月の合計単位数に加算し、 請求させていただきます。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	67	45	23	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	55	37	19	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	18	12	6	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の介護保険合計単位数×8.3%				
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月の介護保険合計単位数×6.0%				
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1ヶ月の介護保険合計単位数×3.3%				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の介護保険合計単位数×2.7%				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月の介護保険合計単位数×2.3%				
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヶ月の介護保険合計単位数×1.6%				

【注意事項】

- ☆介護保険の負担金額は河合町(地域区分:7級地)のため、1単位10.14円で計算しています。
- ☆実際の請求金額は月額計算のため、上記金額より若干の誤差が発生する可能性があります。
- ☆介護保険負担限度額認定証により、ご利用料金が違います。詳しくは、当施設の生活相談員にお問合せください。

特別養護老人ホームさみた 加算料金表

令和4年10月1日

加算項目	算定回数	単位数	3割負担	2割負担	1割負担
初期加算	1日につき	30	92	61	31
外泊加算(入院含む)	1日につき/6日限度	246	749	499	250
外泊時在宅サービス利用費用	1日につき/6日限度	560	1,704	1,136	568
看護体制加算(Ⅰ)イ	1日につき	6	18	12	6
看護体制加算(Ⅱ)イ	1日につき	13	40	27	14
個別機能訓練加算(Ⅰ)	1日につき	12	37	25	13
精神科医療養指導加算	1日につき	5	15	10	5
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき	20	61	41	21
ADL維持加算(Ⅰ)	1月につき	30	92	61	31
ADL維持加算(Ⅱ)	1月につき	60	183	122	61
退所前訪問相談援助加算	1回のみ	460	1,400	933	467
退所後訪問相談援助加算	1回のみ	460	1,400	933	467
退所時相談援助加算	1回のみ	400	1,217	812	406
退所前連携加算	1回のみ	500	1,521	1,014	507
栄養マネジメント強化加算	1日につき	11	34	23	12
療養食加算	1食につき	6	18	12	6
経口移行加算	1日につき	28	85	57	29
経口維持加算(Ⅰ)	1月につき	400	1,217	812	406
経口維持加算(Ⅱ)	1月につき	100	305	203	102
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	1月につき	90	274	183	92
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1月につき	110	335	223	112
看取り加算(Ⅰ)1	1日につき(前31日~前45日まで)	72	219	146	73
看取り加算(Ⅰ)2	1日につき(当該日前4日~前30日まで)	144	438	292	146
看取り加算(Ⅰ)3	1日につき(当該日前日、前々日)	680	2,069	1,379	690
看取り加算(Ⅰ)4	当該日	1,280	3,894	2,596	1,298
看取り加算(Ⅱ)1	1日につき(前31日~前45日まで)	72	219	146	73
看取り加算(Ⅱ)2	1日につき(当該日前4日~前30日まで)	144	438	292	146
看取り加算(Ⅱ)3	1日につき(当該日前日、前々日)	780	2,373	1,582	791
看取り加算(Ⅱ)4	当該日	1,580	4,807	3,205	1,603
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日につき	3	9	6	3
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日につき	4	12	8	4
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日につき/7日限度	200	609	406	203
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	1月につき	3	9	6	3
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	1月につき	13	40	27	14
褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)	1月につき/3月限度	10	31	21	11
排せつ支援加算(Ⅰ)	1月につき	10	31	21	11
排せつ支援加算(Ⅱ)	1月につき	15	46	31	16
排せつ支援加算(Ⅲ)	1月につき	20	61	41	21
排せつ支援加算(Ⅳ)	1月につき	100	305	203	102
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	1日につき	36	110	73	37
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	1日につき	46	140	94	47
夜間職員配置加算(Ⅱ)イ	1日につき	27	82	55	28
夜間職員配置加算(Ⅳ)イ	1日につき	33	101	67	34
福祉施設生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき/3月に1回を限度	100	305	203	102
福祉施設生活機能向上連携加算(Ⅱ)1	1月につき	200	609	406	203
福祉施設生活機能向上連携加算(Ⅱ)2	1月につき	100	305	203	102
若年性認知症入所者受入加算	1日につき	120	365	244	122
常勤医師配置加算	1日につき	25	76	51	26
精神科担当医師加算	1日につき	5	15	10	5
再入所時栄養連携加算	1回のみ	200	609	406	203
配置医師緊急時対応加算(1)早朝・夜間	1回につき	650	1,978	1,319	660
配置医師緊急時対応加算(2)深夜	1回につき	1,300	3,955	2,637	1,319
在宅復帰支援機能加算	1日につき	10	31	21	11
自立支援促進加算	1月につき	300	913	609	305
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	1月につき	40	122	81	41
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	1月につき	50	153	102	51
安全対策体制加算	1回限り	20	61	41	21
在宅・入所相互利用加算	1日につき	40	122	81	41

その他自費項目			料金(円)
行事・イベント等で必要となった別途費用	実施内容により	1回	実費
電気使用料	電化製品1台につき	1日	50
訪問美容(カット)	1回につき	1回	2,000
協力医療機関以外への送迎費用	片道	1回	実費(詳細は相談員までお問い合わせください)

【注意事項】

☆介護保険の負担金額は河合町(地域区分:7級地)のため、1単位10.14円で計算しています。

☆実際の請求金額は月額計算のため、上記金額より若干の誤差が発生する可能性があります。

☆介護保険負担限度額認定証により、ご利用料金が違います。詳しくは、当施設の生活相談員にお問合せください。