



# 特別養護老人ホーム 沼風苑

# 利用料金の目安

**利用者負担 第1段階** 本人および世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金の受給者。生活保護の受給者がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	617	19,157	1,590	20,747	213,071	21,308	9,300	0	30,608
	2	685	21,265	1,765	23,030	236,518	23,652			32,952
	3	755	23,435	1,945	25,380	260,652	26,066			35,366
	4	823	25,543	2,120	27,663	284,099	28,410			37,710
	5	889	27,589	2,290	29,879	306,857	30,686			39,986
個室	1	694	21,544	1,788	23,332	239,619	23,962	9,300	25,420	58,682
	2	761	23,621	1,961	25,583	262,727	26,273			60,993
	3	834	25,884	2,148	28,032	287,888	28,789			63,509
	4	901	27,961	2,321	30,282	310,996	31,100			65,820
	5	968	30,038	2,493	32,531	334,093	33,410			68,130



**利用者負担 第2段階** 本人および世帯全員が市民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の方がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	617	19,157	1,590	20,747	213,071	21,308	12,090	11,470	44,868
	2	685	21,265	1,765	23,030	236,518	23,652			47,212
	3	755	23,435	1,945	25,380	260,652	26,066			49,626
	4	823	25,543	2,120	27,663	284,099	28,410			51,970
	5	889	27,589	2,290	29,879	306,857	30,686			54,246
個室	1	694	21,544	1,788	23,332	239,619	23,962	12,090	25,420	61,472
	2	761	23,621	1,961	25,583	262,727	26,273			63,783
	3	834	25,884	2,148	28,032	287,888	28,789			66,299
	4	901	27,961	2,321	30,282	310,996	31,100			68,610
	5	968	30,038	2,493	32,531	334,093	33,410			70,920



**利用者負担 第3段階** 本人および世帯全員が市民税非課税で、利用者負担段階第2段階以外の方がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	617	19,157	1,590	20,747	213,071	21,308	20,150	11,470	52,928
	2	685	21,265	1,765	23,030	236,518	23,652			55,272
	3	755	23,435	1,945	25,380	260,652	26,066			57,686
	4	823	25,543	2,120	27,663	284,099	28,410			60,030
	5	889	27,589	2,290	29,879	306,857	30,686			62,306
個室	1	694	21,544	1,788	23,332	239,619	23,962	20,150	40,610	84,722
	2	761	23,621	1,961	25,583	262,727	26,273			87,033
	3	834	25,884	2,148	28,032	287,888	28,789			89,549
	4	901	27,961	2,321	30,282	310,996	31,100			91,860
	5	968	30,038	2,493	32,531	334,093	33,410			94,170



**利用者負担 第4段階** 市民税課税の方がこれに該当します。(1割負担)

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	617	19,157	1,590	20,747	213,071	21,308	46,500	26,970	94,778
	2	685	21,265	1,765	23,030	236,518	23,652			97,122
	3	755	23,435	1,945	25,380	260,652	26,066			99,536
	4	823	25,543	2,120	27,663	284,099	28,410			101,880
	5	889	27,589	2,290	29,879	306,857	30,686			104,156
個室	1	694	21,544	1,788	23,332	239,619	23,962	46,500	71,300	141,762
	2	761	23,621	1,961	25,583	262,727	26,273			144,073
	3	834	25,884	2,148	28,032	287,888	28,789			146,589
	4	901	27,961	2,321	30,282	310,996	31,100			148,900
	5	968	30,038	2,493	32,531	334,093	33,410			151,210



**利用者負担 第4段階** 市民税課税の方がこれに該当します。(2割負担)

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	617	19,157	1,590	20,747	213,071	42,615	46,500	26,970	116,085
	2	685	21,265	1,765	23,030	236,518	47,304			120,774
	3	755	23,435	1,945	25,380	260,652	52,131			125,601
	4	823	25,543	2,120	27,663	284,099	56,820			130,290
	5	889	27,589	2,290	29,879	306,857	61,372			134,842
個室	1	694	21,544	1,788	23,332	239,619	47,924	46,500	71,300	165,724
	2	761	23,621	1,961	25,583	262,727	52,546			170,346
	3	834	25,884	2,148	28,032	287,888	57,578			175,378
	4	901	27,961	2,321	30,282	310,996	62,200			180,000
	5	968	30,038	2,493	32,531	334,093	66,819			184,619

**上記の料金表について...**

- ✳ 1日単位数には、看護体制加算(12単位)と日常生活継続支援加算(多床室36単位・個室46単位)が含まれています。
- ✳ 多床室のみ1日単位数に個別機能訓練加算(12単位)
- ✳ 「1ヶ月総単位数」に口腔衛生管理体制加算「30単位/月」が追加されます。
- ✳ その他、状況に応じ1日単位数に各種加算が追加される場合がございます。

- ✳ 1ヶ月総単位数 = 1日単位数 × 31 + 口腔衛生管理体制加算30単位
- ✳ 1ヶ月合計単位数 = 1ヶ月総単位数 + 介護職員処遇改善加算
- ✳ 1ヶ月総額 = 1ヶ月合計単位数 × 10.27(小数点以下切り捨て)
- ✳ 1ヶ月自己負担 = 1ヶ月総額 - (1ヶ月総額 × 0.9(小数点以下切り捨て))



**≪その他の料金≫**

✳ 以下のサービスは介護保険の基準サービスとはなりませんので、全額がご利用者様の負担となります。

- 1 金銭代行管理 1ヶ月...3,000円(上記の金額に追加されます。)
- 2 電気代 1ヶ月...500円(テレビを使用する場合)  
1,000円(冷蔵庫を使用する場合)  
その他の電化製品についてはその都度検討致します。お部屋によっては設置できない家電製品もありますのでご了承ください。
- 3 通院・受診(ご希望により、沼風苑の協力病院以外の病院へ受診する場合)  
運転手1名...1,000円 付添い1名...1,000円 看護師1名...2,000円  
2時間を超える場合、1時間につき500円を加算させていただきます。
- 4 特別なお食事(お酒類を含みます): ご利用者様のご希望に応じて特別なお食事を提供した場合は、実費をご負担頂きます。
- 5 理美容サービス 月に1回、美容師が出張し、調髪、パーマ、洗髪などの理美容サービスを提供しております。ご希望の際には、1回につき1,500円の実費をご負担頂きます。
- 6 レクリエーション、クラブ活動 : ご利用者様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動にご参加頂けます。材料代などはその実費をご負担頂きます。
- 7 複写物の交付 ご利用者様及びご家族様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧することが出来ますが、複写物が必要な場合には1枚につき10円をご負担頂きます。
- 8 日常生活上必要となる諸費用で、ご利用者様にご負担頂くことが適当と思われるものの実費  
\* オムツ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。
- 9 その他のサービスにつきましても、別途協議しご利用者様にご負担頂く場合がございます。

(平成30年4月1日)