

施設利用料金早見表(入所)

介護老人保健施設 ケアホームすばる(R1年10月)

第4段階 ※1割負担(減免非該当で、年金収入額等とその他の合計所得金額の合計が単身280万円未満、2人以上世帯で346万円未満の方)

	介護度	介護サービス費	在宅復帰・療養支援機能加算	栄養マネジメント加算	夜勤職員配置加算	サービス提供体制強化加算	介護職員処遇及び特定処遇	食費	居住費	日常生活費 教養娯楽費	リース代	特別室料	1日合計	1ヶ月合計(31日計算)
多床室 4人部屋	要介護1	817	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748		4,321	133,951
	要介護2	867	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748		4,371	135,501
	要介護3	932	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748		4,436	137,516
	要介護4	985	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748		4,489	139,159
	要介護5	1,042	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748		4,546	140,926
多床室 2人部屋	要介護1	817	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748	2,200	6,521	202,151
	要介護2	867	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748	2,200	6,571	203,701
	要介護3	932	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748	2,200	6,636	205,716
	要介護4	985	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748	2,200	6,689	207,359
	要介護5	1,042	36	15	26	19	50~100程度	1,900	560	100	748	2,200	6,746	209,126

☆全員を対象に加算

初期加算・・・1日32円(入所後30日間)

短期集中リハビリ加算・・・1回253円(入所後3ヶ月以内)

口腔衛生管理体制加算・・・1月32円(歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、口腔ケアを計画的に行った場合)

☆対象者にのみ加算

認知症短期集中リハビリ加算・・・1回253円(入所後3ヶ月以内・週3回まで)

療養食加算・・・1日19円(医師の指示に基づく食事を提供した場合)

所定疾患施設療養費・・・1日248円(肺炎・尿路感染又は带状疱疹の者に対して、投薬・検査・注射・処置等を行った場合。月7日間まで)

【上記の料金表は、全ての項目を記載しておりませんので、目安としてご参照下さい】