

## 別表2 ケアハウス楽々園（特定施設入居者生活介護）利用料金表

令和5年5月1日現在

入居費用（月額）

（単位：円）

対象収入による階層区分		サービスの提供に要する費用 （特定入居者）	② 生活費	③ 居住に要する費用
階層	対象収入			
1	0 ～ 1,500,000	10,000	44,500 ※11月～3月 冬期加算 1,960	25,500
2	1,500,001 ～ 1,600,000	13,100		
3	1,600,001 ～ 1,700,000	16,100		
4	1,700,001 ～ 1,800,000	19,100		
5	1,800,001 ～ 1,900,000	22,300		
6	1,900,001 ～ 2,000,000	25,300		
7	2,000,001 ～ 2,100,000	30,300		
8	2,100,001 ～ 2,200,000	35,400		
9	2,200,001 ～ 2,300,000	40,500		
10	2,300,001 ～ 2,400,000	45,600		
11	2,400,001 ～ 2,500,000	50,600		
12	2,500,001 ～ 2,600,000	57,700		
13	2,600,001 ～ 2,700,000	64,800		
14	2,700,001 ～	70,700		

### ④（介護予防）特定施設入居者生活介護サービス費

要介護区分	生活介護サービス費の自己負担額				要支援、要介護 の区分	生活介護サービス費の自己負担額 1か月（30日）の場合			
	1割負担	2割負担	3割負担	円/日		1割負担	2割負担	3割負担	円/月
要支援 1	182	364	546	円/日	介護予防特定施設入居者 生活介護費	5,460	10,920	16,380	円/月
要支援 2	311	622	933	円/日		9,330	18,660	27,990	円/月
要介護 1	538	1,076	1,614	円/日	特定施設入居者 生活介護費	16,140	32,280	48,420	円/月
要介護 2	604	1,208	1,812	円/日		18,120	36,240	54,360	円/月
要介護 3	674	1,348	2,022	円/日		20,220	40,440	60,660	円/月
要介護 4	738	1,476	2,214	円/日		22,140	44,280	66,420	円/月
要介護 5	807	1,614	2,421	円/日		24,210	48,420	72,630	円/月
加算区分									
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	36	54	円/日	介護予防特定施設入居者、特 定施設入居者生活介護共通	540	1,080	1,620	円/月
口腔衛生管理体制加算	30	60	90	円/回		30	60	90	円/月
科学的介護推進加算Ⅱ	40	80	120	円/月	特定施設入居者生活介護費	40	80	120	円/月
夜間看護体制加算	10	20	30	円/日		300	600	900	円/月
退院退所時連携加算	30	60	90	円/日		900	1,800	2,700	円/月
<注> 1 自己負担額の算出方法 介護報酬の単位に単価10円を乗じた額×負担割合（1割～3割） ※負担割合とは「介護保険負担割合証」に記載された負担割合（1割～3割）です。 2 上記加算のほか次の加算があります。 ・介護職員処遇改善加算Ⅰ（1か月の合計単位数に8.2%を乗じた単位数） ・退院退所時連携加算（1割負担の場合：30円/日） ・介護職員特定処遇改善加算Ⅰ（1か月の合計単位数に1.8%を乗じた単位数） ・生活機能向上連携加算Ⅱ（1割負担の場合：200円/月） ・介護職員ベーマップ等支援加算（1か月の合計単位数に1.5%を乗じた単位数） ・医療機関連携加算（1割負担の場合：80円/月）									

### ⑤日常生活に要する実費負担

項目	料金	内訳等
電気代	中国電力の基準での実費負担	各部屋の検針器により算出
水道代	瀬戸内市の基準による実費負担	各部屋の検針器により算出
金銭管理	1か月 500円（希望の方）	預り金を行う場合
日常生活用品費	実費負担	歯ブラシ・化粧品・シャンプー・ティッシュ等
医療費・薬剤費	実費負担	医療機関へ受診の方
行事等費用	実費負担	行事のために特別な食事を用意した場合
教養娯楽費	実費負担	個別に物品等を購入した場合
オムツ代	実費負担	必要な方
洗濯代	実費負担	コインランドリー使用料
理美容代	実費負担	訪問カットサービスも利用できます（月に2回）
コピー代	10円/1枚	A4サイズまで
回数を越えた介助入浴	1回 500円	週3回以上の介助入浴を希望される場合

## ◎ 利用料の合計

①+②+③+④+⑤