

地域密着型てまり特別養護老人ホーム 料金表 (令和8年 6月 1日)

1. サービス費用

介護保険1割負担

	1日あたり	1ヶ月(30日)	居住費		食費		1ヶ月(30日)計 (減免なし)	※ 個別にその他 加算が加算さ れます。
			1日あたり(減免なし)					
要介護度1	682円	20,460円	2,070円		2,000円		142,560円	
要介護度2	753円	22,590円					144,690円	
要介護度3	828円	24,840円	1ヶ月(30日)(減免なし)			146,940円		
要介護度4	901円	27,030円	62,100円		60,000円		149,130円	
要介護度5	971円	29,130円					151,230円	

介護保険2割負担

	1日あたり	1ヶ月(30日)	居住費		食費		1ヶ月(30日)計 (減免なし)	※ 個別にその他 加算が加算さ れます。
			1日あたり(減免なし)					
要介護度1	1,364円	40,920円	2,070円		2,000円		163,020円	
要介護度2	1,506円	45,180円					167,280円	
要介護度3	1,656円	49,680円	1ヶ月(30日)(減免なし)			171,780円		
要介護度4	1,802円	54,060円	62,100円		60,000円		176,160円	
要介護度5	1,942円	58,260円					180,360円	

2. その他加算(入所者様の状況により上記サービス費用に加算されます。)

加算の種類	加算の内容	1日あたり	1ヶ月(30日)
初期加算	入所した日から起算して30日間に算定します。	30円	900円
安全対策体制加算	事故防止対策強化を行なっている場合に算定します。	入所時に1回のみ 20円	
看護体制加算(Ⅰ)イ	常勤の看護職員を1以上配置している場合に 加算します。	12円	360円
看護体制加算(Ⅱ)イ	看護職員を常勤換算方法で2名以上配置し、看護職員と 24時間の連絡体制を整えている場合等に算定します。	23円	690円
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	・算定日の6ヵ月～12ヵ月前における新規入所者の総数のうち、要介護4・5 の者の占める割合が70%以上である場合、認知症日常生活自立度Ⅲ以上 の者が65%以上である場合、喀痰吸引や経管栄養が必要な者が15% 以上である場合、介護福祉士が常勤換算で6人に対して1人である場合に 算定します。	46円	1,380円
看取り介護加算	・常勤看護師を1名以上配置し、24時間の連絡体制を確保している。 ・看取りに関する指針を定め、入所時に入所者と家族に説明し、同意を得ている。 ・看取りに関する職員研修を行なっている。 上記の要件を満たした場合に加算します。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。 死亡日以前31日～45日、72円/日 死亡日以前4日～30日、144円/日 死亡日の前日及び前々日、680円/日 死亡日、1,280円/日		
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	科学的介護情報システム(厚生労働省)へデータの提出と、 フィードバック情報の活用により、介護の質の評価と科学的介護 の取り組みを行なっている場合に算定します。		50円
ADL維持等加算(Ⅰ)	入所者のADL値(日常生活動作)を測定し、その情報を厚生労働省へ提出。初月と6ヵ月目の測定値を出し、平均が1以上である場合に算定します。		30円
※ADL維持等加算(Ⅱ)	上記評価結果、平均が2以上である場合に算定します。		※60円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	褥瘡の発生予防のため評価し、評価結果を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に算定します。		3円
※褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	上記評価結果、褥瘡の発生が無い場合に算定します。		※13円
排せつ支援加算(Ⅰ)	要介護状態の軽減見込みや、自立した排泄を支援することを評価し、結果を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に算定します。		10円
※排せつ支援加算(Ⅱ)	上記結果、状態の改善、またはオムツの改善がある場合に算定します。		※15円
※排せつ支援加算(Ⅲ)	上記の、両方の改善がある場合に算定します。		※20円
経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)	経口摂取が可能で、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師と多職種共同で食事の観察及び会議を行ない、維持計画書を作成している場合に算定します。		400円 100円
療養食加算	入所者の年齢や心身の状況によって、適切な栄養管理や療養食を提供した場合に算定します。	(1食6円)18円	540円
栄養マネジメント強化加算	栄養ケア計画に従い、管理栄養士が食事の観察等を行ない、食事の調整・評価を行なう。評価結果を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に算定します。	11円	330円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に行なっている場合に算定します。	12円	360円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	作成した個別機能訓練計画を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けて評価・見直しをおこなっている場合に算定します。		20円

夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準よりも多く配置している場合に算定します。	46円	1,380円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上に取り組んでいる事業所が算定できます。		10円
(入院時)外泊時費用	入院した翌日から6日間のみ算定します。(＋居住費) ※算定中に月をまたぐ場合は、最長12日間の算定。	246円	～1,476円 ※2,952円
(退所時)退所時情報提供加算	医療機関へ退所する場合、入居者の心身状況、生活歴等の情報提供した場合に算定します。(1人につき2回に限る)	(1回)251円	

(その他加算に記載の無い加算が付加される時には、事前に入所者及びその家族に説明し了解をいただいでから付加します。)

3. 処遇改善加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) = (サービス費用＋その他加算) × 17.6%

①職員の処遇や賃金改定を計画し、実施している

4. 特定入居者介護サービス費(住居費、食費の負担限度額認定)について

所得や資産等が一定以下の方に対して、区分された居住費と食費の負担上限額を超えた額は、介護保険から支給される仕組みとなります。支給を受けるためには、市に申請が必要です。

区分	条件	居住費		食費		区分ごとの 1ヶ月(30日)合計
		個人負担の上限額(1日)				
第1段階	・市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者 ・預貯金額1,000万円(夫婦で2,000万円)以下の者	880	円	300	円	35,400 円
第2段階	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税 年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の者 ・預貯金額650万円(夫婦で1,650万円)以下の者	880	円	390	円	38,100 円
第3段階①	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税 年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80～120万円以下の者 ・預貯金額550万円(夫婦で1,550万円)以下の者	1,370	円	650	円	60,600 円
第3段階②	・市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額と課税 年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円以上の者 ・預貯金額500万円(夫婦で1,500万円)以下の者	1,370	円	1,360	円	81,900 円
第4段階	それ以外の者	2,070	円	2,000	円	122,100 円

5. 高額介護サービス費について

個人負担の1ヶ月の合計額が、所得に応じて区分された上限額を超えた場合、その超えた分が介護保険から払い戻される仕組みとなります。支給を受けるためには、市に申請が必要です。

区分	条件	利用者負担	区分ごとの上限額
第1段階	生活保護受給者	15,000	円/(個人)
第2段階	市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が80万以下の者	15,000	円/(個人)
		24,600	円/(世帯)
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税	24,600	円/(世帯)
第4段階	市長村民税課税世帯であって、課税所得380万円未満(年収約770万円)の者	44,400	円/(世帯)
第5段階	市長村民税課税世帯であって、課税所得690万円未満(年収約1,160万円)の者	93,000	円/(世帯)
第6段階	それ以外の者	140,100	円/(世帯)

※社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証については、当法人では適用していません。

6. その他実費について

下記については、介護保険の対象にはなりませんので、別途ご負担いただきます。

- ・身の回り品、日用品 (歯ブラシ・化粧品・シャンプー 等)
- ・個人の嗜好品
- ・電気機器を使用した場合(1日 1品 100円～)
- ・預かり金を委託した場合(預かり金管理費300円)
- ・家族会費(家族会に入会していただき、月1,000円の会費をいただきます。)
- ・理美容費(実費)
- ・個人専用の医療品・医薬品・予防接種等
- ・行政手続きの代行(申請料金実費)
- ・その他

てまりショートステイ

利用料金表

令和8年6月1日

事業所番号 1570203016

併設型ユニット型短期入所生活介護 I ユニット型個室対応
基本料金 (1日ずつ加算されます)

	介護度	介護給付単位	利用者負担2割	利用者負担1割
介護費	要支援1	529 単位	1,058 円	529 円
	要支援2	656 単位	1,312 円	656 円
	要介護1	704 単位	1,408 円	704 円
	要介護2	772 単位	1,544 円	772 円
	要介護3	847 単位	1,694 円	847 円
	要介護4	918 単位	1,836 円	918 円
	要介護5	987 単位	1,974 円	987 円

その他料金

項目	利用者負担額2割	利用者負担額1割
サービス提供体制強化加算 III (1日につき)介護保険適用	12 円	6 円
送迎費(片道)介護保険適用	368 円	184 円
夜勤職員配置加算(II)		18 円
機能訓練体制加算		12 円
生産性向上推進体制加算(II)		10 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日間程度)	対象者のみ	200 円
若年性認知症利用者受け入れ加算	対象者のみ	120 円
在宅中重度受入加算	対象者のみ	426 円
緊急短期入所受入加算	対象者のみ	90 円
栃尾地域以外別途送迎費(片道)		500 円
介護職員処遇改善加算 I (口)	基本料金+サービス実施加算料金に 17.6%を乗じた額を加算	

テレビ管理費(実費・1日)	100 円
---------------	-------

滞在費・食費

段階	ご利用者様負担額	
	滞在費(1日につき)	食費
第1段階	880 円	300 円 (1日)
第2段階	880 円	600 円 (1日)
第3段階①	1,370 円	1,000 円 (1日)
第3段階②	1,370 円	1,300 円 (1日)

負担限度額認定証なし	1,970 円	食べた分だけ
	朝食	440 円
	昼食	780 円
	おやつ	100 円
	夕食	680 円
	1日合計	2,000 円

* 退所日の方でおやつを希望される方は、別途100円頂ます。

(介護予防)認知症対応型通所介護サービス利用料金表

令和8年6月1日～

てまりデイホーム

単位:円

		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
基本料金	要支援 1	429	449	667	684	773	798
	要支援 2	476	498	743	762	864	891
	要介護 1	491	515	771	790	894	922
	要介護 2	541	566	854	876	989	1,020
	要介護 3	589	618	936	960	1,086	1,120
	要介護 4	639	669	1,016	1,042	1,183	1,221
	要介護 5	688	720	1,099	1,127	1,278	1,321
※ 9時間を超える場合は、1時間毎に50円が上乗せされた料金となります。							
加算項目	入浴介助加算(I)	40	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行った場合 入浴介助を行った場合				
	科学的介護推進体制加算	月 40	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために情報を活用				
	個別機能訓練加算(I)	27	利用者一人ひとりの身体機能や生活機能に応じた訓練計画を作成し、その計画に基づいて訓練を提供した場合				
	個別機能訓練加算(II)	月 20	個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、訓練の実施に当たって当該情報その他訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用				
	若年性認知症利用者受入加算	60	受け入れた利用者ごとに担当者を定め、その者を中心に、利用者のニーズに応じたサービスを提供				
	送迎を行わない場合の減算	片道 △47	利用者の家族等が送迎を行う場合など、事業者が送迎を実施していない場合				
	サービス提供体制強化加算(I)	22	介護福祉士の割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合				
介護職員等処遇改善加算 I (ロ)		介護職員の処遇改善のための加算「基本+その他の加算」の料金額に23.6%を乗じた額					

* 表記料金は負担割合が1割の場合です。2割や3割の方はそれぞれ2倍・3倍となります。

* 要介護状態区分に応じた支給限度額を超えてサービスを利用した場合には、超えた分は全額利用者の負担となります。

☆食費 (材料費+調理費)

昼食・おやつ 1食 880円 昼食のみ 1食 780円 おやつのみ 1食 100円

* 9時30分以降のキャンセルは食費を負担願います。

上記の通りサービス提供料金に関する契約を締結します。上記契約を証明する為に、本契約書を2通作成し、利用者及び事業所の双方が記名・捺印の上、それぞれ1通ずつ保管します。

令和 年 月 日

事業者所在地 新潟県長岡市平1丁目3番55号

事業所名 てまりデイホーム

代表者氏名 管理者 岡地 博之 ㊞

(利用者) ご住所 _____

お名前 _____ ㊞

(身元引受人) ご住所 _____

お名前 _____ ㊞