

特別養護老人ホームエミール 利用料金表(従来型)

2021年4月～

①基本サービス費

要介護度	介護保険内サービス				利用者負担額(30日あたり)		
	基本サービス費	看護体制加算(I)	介護職員処遇改善加算I	特定処遇改善加算II	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1	573単位/日	6単位/日	合計単位数の83/1000	合計単位数の23/1000	19,200円/月	38,400円/月	57,630円/月
要介護2	641単位/日	6単位/日	合計単位数の83/1000	合計単位数の23/1000	21,450円/月	42,930円/月	64,380円/月
要介護3	712単位/日	6単位/日	合計単位数の83/1000	合計単位数の23/1000	23,820円/月	47,640円/月	71,460円/月
要介護4	780単位/日	6単位/日	合計単位数の83/1000	合計単位数の23/1000	26,070円/月	52,140円/月	78,210円/月
要介護5	847単位/日	6単位/日	合計単位数の83/1000	合計単位数の23/1000	28,290円/月	56,580円/月	84,900円/月

②食費・居住費

所得段階	食費	居住費	30日あたり
第1段階	300円/日	0円/日	9,000円/日
第2段階	390円/日	370円/日	22,800円/日
第3段階	650円/日	370円/日	30,600円/日
第4段階	1,600円/日	855円/日	73,650円/日

※高額介護サービス費支給制度により負担額の一部が払い戻される場合がございます。詳細につきましてはお住まいの市町村へご確認ください。

※所得に応じ、利用者負担第1段階から第4段階に区分されており、市町村より「介護保険負担限度額認定証」が、申請により発行されます。

1ヶ月(30日)あたりの利用料金(①介護保険内サービス+②食費・居住費)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階(1割負担)	第4段階(2割負担)	第4段階(3割負担)
要介護1	28,200円/月	42,000円/月	49,800円/月	92,850円/月	112,050円/月	131,280円/月
要介護2	30,450円/月	44,250円/月	52,050円/月	95,100円/月	116,580円/月	138,030円/月
要介護3	32,820円/月	46,620円/月	54,420円/月	97,470円/月	121,290円/月	145,110円/月
要介護4	35,070円/月	48,870円/月	56,670円/月	99,720円/月	125,790円/月	151,860円/月
要介護5	37,290円/月	51,090円/月	58,890円/月	101,940円/月	130,230円/月	158,550円/月

その他の加算

※対象となる方のみ必要に応じて加算されます。

加算名	加算要件	単位数	利用者負担額1割負担の方	利用者負担額2割負担の方	利用者負担額3割負担の方
初期加算	入所日から30日以内の期間加算。	30単位/日	30円/日	60円/日	90円/日
外泊時費用	1月6回を限度として加算。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は含まれない。	246単位/日	246円/日	492円/日	738円/日
療養食加算	医師の処方箋に基づく療養食を提供した場合。	6単位/食	6円/食	12円/食	18円/食
口腔衛生管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年二回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算。	90単位/月	90円/月	180円/月	270円/月
排泄支援加算(1)	排泄に介護を要する入所者ごとに評価するとともに、六月に一回評価し、支援計画を作成し、三月に一回見直すこと	10円/月	10円/月	20円/月	30円/月
褥瘡マネジメント加算	褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた利用者に対し、ケア計画を作成し、褥瘡管理し三月に一回計画を見直すこと	3単位/月	3円/月	6円/月	9円/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に利用することが適当であると医師が判断された場合。7日を限度として。	200単位/日	200円/日	400円/日	600円/日
科学的介護推進体制加算	入所者ごとの、ADL量、栄養状態、口腔機能、認知症の状況に係る基本的な情報を担当者に提出し、サービス提供に活用する等情報を活用していること	40単位/月	40円/月	80円/月	120円/月

その他の費用料金

理美容代	1,500円/1回～
電気製品使用	1製品 100円/日
貴重品管理	50円/日
文書料	診断書等 3,000円/1通～
医療費	実費

その他、個人的に必要とし、希望する品物に対して実費相当を負担していただく場合がございます。