

小規模多機能ホームひがしまつやま寿苑 サービス料金表

○定員29名 通い18名 泊まり9名

1 介護保険分

(基本サービス 月額)

介護度	単位数	1割負担額 (円)	2割負担額 (円)	3割負担額 (円)	他のサービス 可能単位数
要支援1	3,450	3,563	7,127	10,691	
要支援2	6,972	7,202	14,404	21,606	
要介護1	10,458	10,803	21,606	32,409	
要介護2	15,370	15,877	31,754	47,631	
要介護3	22,359	23,096	46,193	69,290	
要介護4	24,677	25,491	50,982	76,473	
要介護5	27,209	28,106	56,213	84,320	

※契約期間が1ヶ月に満たない場合は、日割り計算になります。

(加算)

総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	1,200	1,239	2,479	3,718	全利用者(1ヶ月あたり)
初期加算(利用開始より30日間)	30	30	61	92	対象者(1日あたり)
認知症加算(Ⅰ)	920	950	1,900	2,850	対象者(1ヶ月あたり)
認知症加算(Ⅱ)	890	919	1,838	2,757	対象者(1ヶ月あたり)
認知症加算(Ⅲ) 認知症加算(Ⅰ)(認知度Ⅲ以上)	760	785	1,570	2,355	対象者(1ヶ月あたり)
認知症加算(Ⅳ) 認知症加算(Ⅱ)(要介護2認知度)	460	475	950	1,425	対象者(1ヶ月あたり)
看護職員配置加算(Ⅱ)	700	723	1,446	2,169	要介護者(1ヶ月あたり)
科学的介護推進体制加算	40	41	82	123	1ヶ月あたり
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	103	206	309	介護計画書作成 及び改定時
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640	661	1,322	1,983	全利用者(1ヶ月あたり)

* 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) : 上記介護保険分総額の10.2%(令和6年5月まで)

* 特定処遇改善加算(Ⅱ) : 上記介護保険分総額の1.2%(令和6年5月)

* 介護職員等ベースアップ等支援加算 : 上記介護保険分総額の1.7%(令和6年5月まで)

* 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) : 上記介護保険分総額の14.6%(令和6年度6月より上記の3つの加算が一本化されます。)

* 東松山市は、介護保険上 6級地 となり、1単位あたり10.33円で計算しています。

2 実費分

①通い	食事代(昼食)	680	(円)
	日用品費 1日	280	(円)
* ナイト利用料	1回	1,100	(円)
②泊まり	宿泊代(部屋代)	2,060	(円) 1日
	食事代(朝食)	480	(円)
	食事代(夕食)	580	(円)
	光熱水費(1日)	350	(円)

その他、理美容代・おむつ代 等は別途負担となります。(実費料金表参照)

実費料金表（保険対象外）

内 容	個 数	金 額	備 考
食事代（朝食）	1食	¥480	
食事代（昼食）	1食	¥680	
食事代（昼食）	1食	¥680	（デイサービス）
食事代（夕食）	1食	¥580	
食事代（一日）	1日あたり	¥1,740	（地域密着特養、グループホーム）
おやつ	1食	¥80	
トロミ剤	1回	¥20	
トロミ剤（お茶ゼリーのみ）	1回	¥10	
特別食（プロテイン）	1箱	¥2,200	
特別食（テルミール）	1個	¥250	
特別食（PGソフト）	1個	¥350	
特別食（F2ライト）	1個	¥900	
日用品費	1日あたり	¥140	タオル、石鹸、シャンプー、リンス、ボディソープ、化粧品など
教養娯楽費	1日あたり	¥140	習字、折り紙、絵画、刺繍、塗り絵など嗜好品（コーヒー、紅茶、ジュースなど）
その他レク代	1回あたり		フラワーアレンジ、外食・買い物レクなど実費相当
オムツ	1枚	¥150	（地域密着特養を除く）
紙パンツ	1枚	¥150	（地域密着特養を除く）
パッド	1枚	¥80	（地域密着特養を除く）
電化製品持ち込み	1品1日あたり	¥70	テレビ、ラジオなど
入院時居住費（部屋代）	1日あたり	¥2,200	（地域密着特養）
居室 蛍光灯	1式	¥2,000	（グループホーム）
居室 グローランプ	1個	¥200	（グループホーム）
光熱水費	1月あたり	¥15,500	（グループホーム）
共益費	1月あたり	¥8,500	（グループホーム）
宿泊代（部屋代）	1泊	¥2,060	（小規模多機能ホーム）
ナイト利用料	1回	¥1,100	（小規模多機能ホーム）
光熱水費	1泊	¥350	（小規模多機能ホーム）
医療機関への送迎	別紙、「病院送迎交通費相当実費負担」参照		

病院送迎交通費相当実費負担

医療機関までの距離	片道料金	往復料金
片道距離 0～5km	¥550	¥1,100
片道距離 ～10km	¥1,100	¥2,200
片道距離 ～15km	¥1,650	¥3,300
片道距離 ～20km	¥2,200	¥4,400
片道距離 ～25km	¥2,750	¥5,500

※ 5km毎に550円の実費負担に加え、市内片道100円、市外片道200円をいただきます。