



介護老人保健施設 おしこの里

利用料金一覧表

①基本料金

介護保険制度では、要介護度による介護の程度によって基本料が異なります。

令和6年10月現在（1割負担の場合）

| | 多床室 | | 個室 | |
|------|--------|----------|-------|----------|
| | 1日につき | 月額30日として | 1日につき | 月額30日として |
| 要介護1 | 793円 | 23,790円 | 717円 | 21,510円 |
| 要介護2 | 843円 | 25,290円 | 763円 | 22,890円 |
| 要介護3 | 908円 | 27,240円 | 828円 | 24,840円 |
| 要介護4 | 961円 | 28,830円 | 883円 | 26,490円 |
| 要介護5 | 1,012円 | 30,360円 | 932円 | 27,960円 |

※外泊された場合は、月6日間を限度として362円を徴収致します。

外泊事の居住費・室料はいただくこととなっております。

《負担限度額認定制度について》

【負担限度額及び利用者負担段階とは】

利用者が負担する居住費（滞在費）・食費の上限額のこと、利用者負担段階ごとに、居住費（滞在費）・食費それぞれについて定められています。居住費（滞在費）については部屋の類型（多床室、個室）ごとに定められています。なお、利用者負担第4段階の人については、原則軽減措置はありません。

第1段階～第4段階に該当する方は、以下の表のようになります。

| | |
|---------|---|
| 第1段階 | 生活保護受給者又は老齢福祉年金受給者 |
| 第2段階 | 資産が 650 万円以下で、年金等の収入が年額 80 万円以下の方 |
| 第3段階(1) | 資産が 550 万円以下で、年金等の収入が年額 80 万円超 120 万円以下の方 |
| 第3段階(2) | 資産が 500 万円以下で、年金等の収入が年額 120 万円を超える方 |
| 第4段階 | 上記に該当しない方 |

※第1段階、第2段階、第3段階の認定を受けるためには、市町村への申請が必要となります。

②居住費

| | 多床室 | | 個室 | |
|------|-------|----------|--------|----------|
| | 1日あたり | 月額30日として | 1日あたり | 月額30日として |
| 第1段階 | 0円 | 0円 | 550円 | 16,500円 |
| 第2段階 | 430円 | 12,900円 | 550円 | 16,500円 |
| 第3段階 | 430円 | 12,900円 | 1,370円 | 41,100円 |
| 第4段階 | 700円 | 21,000円 | 1,950円 | 58,500円 |

③食費

| | 多床室 | | 個室 | |
|---------|--------|----------|--------|----------|
| | 1日あたり | 月額30日として | 1日あたり | 月額30日として |
| 第1段階 | 300円 | 9,000円 | 300円 | 9,000円 |
| 第2段階 | 390円 | 11,700円 | 390円 | 11,700円 |
| 第3段階(1) | 650円 | 19,500円 | 650円 | 19,500円 |
| 第3段階(2) | 1,360円 | 40,800円 | 1,360円 | 40,800円 |
| 第4段階 | 1,600円 | 48,000円 | 1,600円 | 48,000円 |

④加算分

| | | |
|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| 初期加算 | 入所日から 30 日以内 | 60 円/日 |
| 短期集中リハビリテーション加算 | 入所日から 3 ヶ月以内に集中的にリハビリテーションを行った場合 | 200 円/日 |
| ターミナルケア加算 | 死亡日以前 31～45 日 | 80 円/日 |
| | 死亡日以前 4～30 日 | 160 円/日 |
| | 死亡日前日及び前々日 | 820 単位/日 |
| | 死亡日 | 1,650 円/日 |
| 緊急時施設療養費 | 緊急時治療管理 | 511 円/日 |
| 所定疾患施設療養費 | | 239 円/日 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | | ①+④の合計単位×7.1%/月 |

※個人の状態、環境要因によって異なります。

⑤その他の料金

| | |
|------------------|----------|
| 光熱費 | 100 円/日 |
| 衣類洗濯料 | 300 円/回 |
| 日常生活費 | 実費 |
| 理美容代 | 実費 |
| 介護物品代 | 実費 |
| 退所時寝具 クリーニング代 | 3,000 円～ |

※インフルエンザ・予防ワクチンの接種は実費相当を申し受けます。

《入居時にご提出ください》

- ・ 介護保険証の写し
- ・ 医療保険者証の写し
- ・ 介護負担限度額認定決定通知書写し