

ご利用できる方

介護保険制度で認定された「要介護 1～5」までの方で、病状が安定し病院での治療や入院の必要はなかりハビリテーションや看護、介護などを必要とされる方です。ご連絡を頂ければ、事前に施設見学が可能です。お気軽にご相談下さい。

ご利用料金（自己負担額 月額・30日の場合）

【1】介護保険給付対象サービス

介護保険給付対象サービスの自己負担額は、介護保険からの給付額（9割）を除いた金額（1割）です。

下表では自己負担額・1割の場合を示しています。※2割～3割負担の方は別途ご案内いたします。

<非課税>

| ご本人の要介護度 | | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|----------|---|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A | ユニット型介護保険施設サービス費 (基本型・ユニット型個室など) | 796 単位/日 | 841 単位/日 | 903 単位/日 | 956 単位/日 | 1009 単位/日 |
| B | 短期集中リハビリ加算 | 240 単位/日 (実施日のみ) ※入所後 3ヶ月 週 3～4 回程度 | | | | |
| C | 夜勤体制加算 | 24 単位/日 | | | | |
| D | サービス提供体制強化加算 | 18 単位/日 (加算Ⅱ) | | | | |
| E | 在宅復帰在宅療養支援加算(I) | 34 単位/日 | | | | |
| F | 栄養マネジメント強化加算 | 11 単位/日 | | | | |
| G | 科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 (加算Ⅰ) | | | | |
| H | 入所前後訪問指導加算(I) | 450 単位 (入所時 1 回) | | | | |
| I | 安全対策体制加算 | 20 単位 (入所中 1 回) | | | | |
| J | 口腔衛生管理加算(I) | 90 単位/月 | | | | |
| K | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | 33 単位/月 | | | | |
| L | 自立支援促進加算 | 300 単位/月 | | | | |
| M | (A+C+D+E+F+G+K+処 遇改善+特定処遇改善)× 地域加算の 1 割負担 | 29,618 円 (987 円/日) | 31,123 円 (1,037 円/日) | 33,197 円 (1,106 円/日) | 34,970 円 (1,165 円/日) | 36,023 円 (1,224 円/日) |

◆ご入所後 30 日間に限り、上記料金の 1 日あたり 31 円が割り増しとなります。◆佐倉市地域加算 1 単位=10.45 円で計算されます。(K には処遇改善・特定処遇改善加算が含まれています)◆上記以外にも必要に応じて提供するサービスとして、経口移行(維持)、療養食、ターミナルケア加算、所定疾患施設療養費、排泄支援加算等があります。詳細は係までお尋ね下さい。

【2】その他のサービス

< *印は課税対象です >

| ご利用サービス | 利用料金 | 内容 |
|----------------------|-----------------------|---|
| L 食費 | 51,000 円 (1,700 円/日) | 食材料費および調理費に相当するものです。 |
| M 居住費 | 60,180 円 (2,006 円/日) | 室料および光熱水費に相当するものです。 |
| N 日常生活品費 | 8,250 円 (275 円/日) | 石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、フェイスタオル、バスタオル、おしぼり等に相当するものです。 |
| O 教養娯楽費 | 4,950 円 (165 円/日) | レクリエーションで使用する材料、遊具、新聞、雑誌等に相当するものです。 |
| P トイレ付個室 (一部居室のみ) | 36,360 円* (1,212 円/日) | トイレ付個室はゆとりある広さとなっており、居室内専用トイレ・大型洗面化粧台やワンランク上の内装・家具・備品が付きます。 |
| Q 理美容サービス | 1,700 円～ | 理美容師による出張カットサービスです。シャンプーやパーマ、カラーリング、髭剃り等は別料金になります。 |
| R 洗濯代(私物) | 4,191 円* (月額定額) | 外部業者に委託した場合。他に苑内コインランドリーもご利用可能。 |
| S テレビ代 | 990 円* (33 円/日) | 各お部屋でのテレビ使用料です。 |
| T 健康管理費 | 実 費 | インフルエンザ予防接種など医療保険適用以外のもの。 |
| U 行事費等 | 実 費 | 外出の際の入園料や飲食代など特別なもの。 |
| V 日常生活上特別に必要となるもの | 実 費 | 日常生活で当苑が用意するもの以外で特別に必要とする場合。当苑指定以外のオムツをご希望の場合は実費となります。 |

◆介護保険限度額認定制度対象の方は、食費・居住費が減額になります。詳細は市町村の担当窓口にご相談下さい。

上記【1】+【2】の合計額がご利用料金となります(1割負担のケース)

負担額合計の一例・・・ 一般室 月額 157,577 円 介護保険自己負担(1)+実費分(2)

(要介護3のケース) トイレ付個室 月額 193,937 円 介護保険自己負担(1)+実費分(2)

※上記金額は一例であり、実際にはご本人の要介護度の他、加算やその他のサービスの利用状況によって変動します。

減免制度について

当苑は社会福祉法第2条第3項第10号に規定する事業として生活保護法による保護を受けている方等に、利用料金の減免を行う場合がございます。

ご相談は 電話 043-460-7117 (受付時間：午前 10 時～午後 5 時)



社会福祉法人 ユーカリ優都会

令和 3 年 4 月 1 日現在

※料金やサービス内容等は変更になる場合があります。