

ぬまづホームサービス利用料金表（介護保険給付対象サービス）

●介護サービス自己負担額

(数値:単位数)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
589/日	659/日	732/日	802/日	871/日

●体制加算（一律料金が加算）

日常生活継続支援加算	36/日
看護体制加算Ⅰ	4/日
看護体制加算Ⅱ	8/日
夜勤職員配置加算Ⅲ	16/日
個別機能訓練加算Ⅰ	12/日
※ ¹ 褥瘡マネジメントⅠ	3/月
※ ¹ 褥瘡マネジメントⅡ	13/月
排せつ支援加算Ⅰ	10/月
自立支援促進加算Ⅰ	280/月
科学的介護推進加算Ⅱ	50/月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×14/1000

※¹どちらか一つ加算

●個別加算（条件に該当した場合に算定）

※ ² 療養食加算	6/食
※ ² 経口移行加算	28/日
※ ² 経口維持加算Ⅰ	400/月
※ ² 経口維持加算Ⅱ	100/月
配置医師緊急時対応加算 医師勤務外	325/回
配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間	650/回
配置医師緊急時対応加算 深夜	1300/回
看取り介護加算Ⅱ 1（ご逝去31日以上45日以下）	72/日
看取り介護加算Ⅱ 2（ご逝去4日以上30日以下）	144/日
看取り介護加算Ⅱ 3（ご逝去前日、前々日）	780/日
看取り介護加算Ⅱ 4（ご逝去日）	1580/日
初期加算（入所後30日のみ）	30/日
安全対策体制加算（入所時に1回）	20/回
外泊時費用（月6日限度）	246/日

※²医師の指示に基づいて行う場合に加算します

*加算の要件を満たしているかどうか月単位で判断しますので、月によっていただく加算が変化する場合があります。また、加算項目は同意に基づいて加算いたします。

*沼津市は地域区分が「7級地」に該当するため、上記表の単位数に10.14円を乗じた額が基準となります。さらに、その金額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を適用したものが、利用者の自己負担額となります。

ぬまづホームサービス利用料金表（介護保険給付対象外サービス）

●居住費・食費

	多床室	個室	食費
負担限度額第1段階	0/日	380/日	300/日
負担限度額第2段階	430/日	480/日	390/日
負担限度額第3段階①	430/日	880/日	650/日
負担限度額第3段階②	430/日	880/日	1360/日
負担限度額第4段階	915/日	1231/日	1500/日

●その他（実費等）

行事費用	行事に伴う外出や出前、クラブ活動の費用は個人負担とします。
医療費・薬代	嘱託医、他科受診及び、処方されたお薬代は個人負担とします。
私用外出	ご家族対応となります。移動にかかる費用も個人負担とします。
入院・転院・外出	ご家族対応となります。必要時には職員が同行する場合があります。
理美容	個人負担とします。
買い物代行	買い物代行に関わる手数料は徴収していません。
日常生活用品	トイレットペーパーやせっけんなど共同使用する品は施設が負担しますが、利用者様の希望により個別にご用意する場合は個人負担となります。

*月単位で負担していただく費用については、月途中の入退所においてもお支払いをお願いします。

*入院や外泊時などで不在の場合でも、居住費についてはお支払いいただきます。

●その他（希望に応じた月額定額料金）（数値：円）

金銭管理費	電化製品電気代	日常生活用品
2000/月	テレビ 150/月	ティッシュ・洗浄用コットン 140/月
	冷蔵庫 450/月	義歯洗浄剤・歯ブラシ 140/月