

令和１年度 第4回地域密着型運営推進会議 進行次第

開催日 令和 １年１０月１６日（水）
時 間 １７：３０～
場 所 在宅老人デイサービスセンター

１．開会

２．施設長挨拶

３．議事

（１）地域密着型利用状況報告について

（２）介護老人福祉サービス事業者自己評価報告について

（３）令和元年１０月消費税増税に伴う、施設利用料金変更のお知らせ

（４）その他のご意見・ご要望等について

地域密着型特別養護老人ホーム要介護度別入所者数

8月

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
砂川市	1	3	12	7	5	28
合計	1	3	12	7	5	28

<新規入所>

なし

<退所>

なし

9月

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
砂川市	1	3	12	6	5	27
合計	1	3	12	6	5	27

<新規入所>

なし

<退所>

9月9日 男性1名 長期入院のため退所

令和 元年度 デイサービス 曜日別利用者数

		月		火		水		木		金	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
9月	介護認定	1	17	5	10	4	16	2	17	6	12
	(介護)1日現在曜 日別利用者数	18		15		20		19		18	
	身障									1	1
10月	介護認定	1	17	6	8	4	15	2	16	8	11
	(介護)1日現在曜 日別利用者数	18		14		19		18		19	
	身障			1	1					1	1

地域密着型特別養護老人ホーム
本入居

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費Ⅱ(多床室))

介護度	基本料金	単位(円)
要介護1	567	
要介護2	636	
要介護3	706	
要介護4	776	
要介護5	843	

看護体制加算Ⅰイ	12	単位(円)
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	12	
個別機能訓練加算	12	
栄養マネジメント加算	14	
生活機能向上連携加算	100	月単位(円)

※入所後30日間に限って初期加算30円加算。

入院又は外泊された場合は、初日と最終日を
除く、当月6日に限って246円加算。

※理美容利用は実費。

※ドライ品の洗濯代は実費。

※冷蔵庫利用は、1日50円。

※入院7日以降は、4段階の方のみ居住費がかかります。

※介護保険負担割合証において2割・3割の交付を
受けている方は、基本料金・加算単位が上記の
表の2倍・3倍の負担となります。

※事務費として1月500円

介護保険負担限度額

負担限度額	食事料金	単位(円)
第1段階	300	
第2段階	390	
第3段階	650	
第4段階	1,392	

負担限度額	居住費・滞在費	単位(円)
第1段階	0	
第2段階	370	
第3段階		
第4段階	855	

利用料金表(1ヶ月分)

基本料金
看護体制加算(要介護1～5のみ算定)
サービス提供体制強化加算
個別機能訓練加算(本入居のみ)
栄養マネジメント加算(本入居のみ)
生活機能向上連携加算(本入居のみ)
介護職員処遇改善加算(8.3%)
介護職員特定処遇改善加算(2.3%)
送迎加算(ショートで送迎を希望された方のみ)

※ 令和元年10月1日より算定。

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護
(併設型短期入所生活介護費Ⅱ(多床室))
(併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅱ(多床室))

介護度	基本料金	単位(円)
要支援1	438	
要支援2	545	
要介護1	586	
要介護2	654	
要介護3	724	
要介護4	792	
要介護5	859	

要介護1～5		単位(円)
看護体制加算Ⅰ	4	
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	12	

要支援1～2	
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	12

※理美容利用は実費。

※ドライ品の洗濯代は実費。

※冷蔵庫利用は、1日50円。

※送迎は、片道184円。

※介護保険負担割合証において2割・3割の交付を
受けている方は、基本料金・該当する加算単位が
上記表の2倍・3倍の負担となります。

〒073-0157 砂川市三砂町55番地6

☎0125-54-1000

社会福祉法人 砂川福祉会

地域密着型特別養護老人ホーム 福寿園

◎ 地域密着型通所介護サービス料金

(6時間以上7時間未満)

要介護度	介護保険給付対象サービス			実費負担	料金合計
	6時間以上 7時間未満 (A)	入浴加算 (B)	サービス提供 体制強化加算 (C)	介護職員 処遇改善加算 (A+B+C) × 5.9%	
要介護Ⅰ	666	50	6	43	1,269
要介護Ⅱ	786				1,396
要介護Ⅲ	908				1,525
要介護Ⅳ	1,029				1,653
要介護Ⅴ	1,150	71		504	1,781

※ 介護職員処遇改善加算にかかる計算は、1円未満四捨五入となります。また、上記表に記載した介護職員処遇改善加算額は、1回あたりの計算額ですので複数回利用の場合は四捨五入の關係上、単価×回数が加算額とはなりません。

(5時間以上6時間未満)

要介護度	介護保険給付対象サービス			実費負担	料金合計
	5時間以上 6時間未満 (A)	入浴加算 (B)	サービス提供 体制強化加算 (C)	介護職員 処遇改善加算 (A+B+C) × 5.9%	
要介護Ⅰ	645	50	6	41	1,246
要介護Ⅱ	761				1,369
要介護Ⅲ	879				1,494
要介護Ⅳ	995				1,617
要介護Ⅴ	1,113	69		504	1,742

(4時間以上5時間未満)

要介護度	介護保険給付対象サービス			実費負担	料金合計
	4時間以上 5時間未満	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員 処遇改善加算 (A+B+C) × 5.9%	
要介護Ⅰ	428	50	6	29	1,017
要介護Ⅱ	491				1,083
要介護Ⅲ	555				1,151
要介護Ⅳ	617				1,217
要介護Ⅴ	682	44		504	1,286

※ 御家族等が送迎される場合は、片道当たり47円の減額となります。(27年度より)

◎ 日常生活支援総合事業通所型サービス

要介護度	介護保険給付対象サービス			料金合計
	通所型 サービス費	サービス提供 体制強化加算	介護職員 処遇改善加算	
要支援1	1,655	24	99	1,778
要支援2	3,393	48	203	3,644

※ 食事代は実費負担として、1食 504円を徴収いたします。

注意 介護保険法に基づき利用者負担割合が2割の方につきましては、実費負担を除き上記金額表の2倍のサービスの料金となります。
(地域密着型通所介護・日常生活支援総合事業通所型サービスとも)