

特別養護老人ホームみどりの風鶴ヶ島 料金表

1 単位：10.27円

サービス内容略称	単位	円 (1割)	円 (2割)	備 考
ユニット型福祉施設 I 1<個室>	636	653	1,306	
ユニット型福祉施設 I 2<個室>	703	722	1,444	
ユニット型福祉施設 I 3<個室>	776	797	1,594	
ユニット型福祉施設 I 4<個室>	843	866	1,732	
ユニット型福祉施設 I 5<個室>	910	935	1,869	
福祉施設日常生活継続支援加算	46	47	94	新規入居者の認知症高齢者等の割合が一定以上を超えている場合
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅱ2	18	18	37	ユニット型個室利用にて、夜勤職員を一定以上配置している場合
福祉施設看護体制加算Ⅰ2	4	4	8	常勤の看護師を1名以上配置している場合
福祉施設看護体制加算Ⅱ2	8	8	16	看護職員を基準以上配置し、協力病院と24時間の連携体制を確保している場合
福祉施設個別機能訓練加算	12	12	25	機能訓練計画を作成・実施している場合
福祉施設生活機能向上連携加算	100	103	205	他事業所のリハビリテーション専門職と連携した場合 ※1ヵ月につき
福祉施設若年性認知症受入加算	120	123	246	若年性認知症の利用者に対し、施設サービスを提供した場合
精神科医療養指導加算	5	5	10	精神科を担当する医師に療養指導が月2回以上行なわれている場合
福祉施設栄養ケアマネジメント加算	14	14	29	栄養ケアマネジメントを実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	31	62	歯科医師が月一回以上口腔ケアに関する指導、助言を行っている。 ※1ヵ月につき
福祉施設褥瘡マネジメント加算	10	10	21	褥瘡予防の褥瘡マネジメントを実施した場合 ※3ヶ月に1回
福祉施設経口移行加算	28	29	58	経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合
福祉施設経口維持加算Ⅰ	400	411	822	著しい摂食障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合
福祉施設経口維持加算Ⅱ	100	103	205	摂食障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合
福祉施設排泄支援加算	100	103	205	排泄障害がある方に支援計画作成し、それに基づく支援を行った場合 ※1ヵ月につき
配置医師緊急時対応加算				早朝・夜間の場合650単位/回 深夜の場合1300単位/回
福祉施設看取り介護加算Ⅰ1	144	148	296	看取り介護の体制が出来ていて、死亡日以前4日以上30日以下に加算
福祉施設看取り介護加算Ⅰ2	680	698	1,397	看取り介護の体制が出来ていて、死亡日以前2日又は3日に加算
福祉施設看取り介護加算Ⅰ3	1,280	1,315	2,629	看取り介護の体制が出来ていて、死亡日に加算
福祉施設認知症専門ケア加算Ⅰ	3	3	6	一定数以上の認知症高齢者、及び認知症介護実践リーダー研修修了者を配置した場合
福祉施設認知症専門ケア加算Ⅱ	4	4	8	認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、認知症介護指導者研修修了者を配置した場合
福祉施設療養食加算	18	18	37	療養食を提供した場合 (1食につき6単位 朝昼夕=18単位) ※対象者のみ
福祉施設低栄養リスク改善加算	300	308	616	低栄養リスクの高い方に対し、低栄養改善計画を作成、実施した場合 ※1ヵ月につき
再入所時栄養連携加算	400	411	822	入院後、再入所時に医療機関管理栄養士と連携し、栄養管理をした場合 ※1ヵ月につき
福祉施設外泊時費用	246	253	505	病院等へ入院した場合、及び居宅などへ外泊された場合 (月6回限度)
福祉施設初期加算	30	31	62	初期加算 (入所日から30日以内の期間。30日以上入院後の再入所も同様)
介護職員処遇改善加算Ⅰ				上記算定単位数の1000分の83単位
福祉施設 食費	利用者負担第1段階	300	300	入退所日は、朝食350円・昼食600円・夕食430円の召し上がった分のみ料金になります。但し、負担限度額は越えません。 例) 負担限度額無・おやつ後退所の場合 朝食350円+昼食600円=950円(負担限度額3の場合は650円)
	利用者負担第2段階	390	390	
	利用者負担第3段階	650	650	
	上記以外の方	1,380	1,380	
福祉施設ユニット型個室	利用者負担第1段階	820	820	(居住費と食費の自己負担について) 食費と居住費は各段階に応じて左記の料金(日額費用)を負担していただきます
	利用者負担第2段階	820	820	
	利用者負担第3段階	1,310	1,310	
	上記以外の方	2,400	2,400	
金銭管理サービス		50	50	預かり金管理・証書類管理に関わる事務手数料
日常生活費		200	200	タオル・ティッシュ・シャンプー・歯ブラシ(介護用含)・歯磨粉等

※上記加算は該当する場合のみ算定します。

※利用料金につきましては、保険単位を基に小数を含む算定を行う為、実際の料金とは多少の誤差が生じますのでご了承ください。(1単位：10.27円)

○1ヶ月あたりの料金目安 (全室個室)

要介護度	第1段階※	第2段階※	第3段階※	負担限度額対象外	2割負担
1	66,832円	69,532円	92,032円	146,632円	172,462円
2	69,074円	71,774円	94,274円	148,874円	176,945円
3	71,511円	74,211円	96,711円	151,311円	181,819円
4	73,752円	76,452円	98,952円	153,552円	186,302円
5	75,994円	78,694円	101,194円	155,794円	190,754円

※負担限度額認定証対象目安 (段階は所得に応じますのでお住まいの市町村へお尋ね下さい)