

特別養護老人ホームみどりの風鶴ヶ島 料金表

1 介護保険の給付対象となる利用料

《施設介護サービス費》

1単位:10.27円

区分		単位	円(1割)	円(2割)	円(3割)
①基本利用料 (ユニット型個室)	要介護1	652	670	1,339	2,009
	要介護2	720	739	1,479	2,218
	要介護3	793	814	1,629	2,443
	要介護4	862	885	1,771	2,656
	要介護5	929	954	1,908	2,862
②体制加算	日常生活継続支援加算	46	47	94	142
	夜勤職員配置加算Ⅱ2	18	18	37	55
	看護体制加算Ⅰ2	4	4	8	12
	看護体制加算Ⅱ2	8	8	16	25
	精神科医療養指導加算	5	5	10	15
	個別機能訓練加算Ⅰ	12	12	25	37
	※個別機能訓練加算Ⅱ	20	21	41	62
	※科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	41	82	123
③個別加算(該当する場合のみ加算)					
④介護職員処遇改善加算Ⅰ(上記算定単位の1000分の83単位) (①+②+③)×0.083					
⑤特定処遇改善加算Ⅰ(上記算定単位数の1000分の27単位) (①+②+③)×0.027					
⑥介護職員等ベースアップ等支援加算(上記算定単位数の1000分の16単位) (①+②+③)×0.016					

①～⑥を合計した数×2.7%(地域区分割増)が1日当たりの施設介護サービス費となります。

利用料金につきましては、保険単位をもとに少数を含む算定を行うため実際の料金と多少の誤差が生じますのでご了承下さい。

※がついている加算は月1回の算定となります。

《体制加算・個別加算について》

療養食加算	6単位/1食	再入所時栄養連携加算	200単位/回
看取り介護加算Ⅰ1	72単位/日	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位/月
看取り介護加算Ⅰ2	144単位/日	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13単位/月
看取り介護加算Ⅰ3	680単位/日	排泄支援加算Ⅰ	10単位/月
看取り介護加算Ⅰ4	1280単位/日	排泄支援加算Ⅱ	15単位/月
経口移行加算	28単位/日	排泄支援加算Ⅲ	20単位/月
経口維持加算Ⅰ	400単位/月	安全対策体制加算	20単位/入所時
経口維持加算Ⅱ	100単位/月	自立支援促進加算	300単位/月
口腔衛生管理加算Ⅰ	90単位/月	若年性認知症受入加算	120単位/日
口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位/月	ADL維持等加算Ⅰ	30単位/月
初期加算	30単位/日	生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位/3ヵ月
		外泊時費用	246単位/日

施設の人員体制やケアの内容に応じて上記の加算が追加となる場合があります。

2 介護保険の給付対象とならない利用料

《食費・居住費(1日あたり)》

区分	利用者負担段階	自己負担額	備考
食費	第1段階	300円	食費と居住費は各段階に応じて左記の料金になります。 食費は朝390円・昼680円・夕480円(1日当たり 1,550円)の 召し上がった分のみ計算。 但し、負担限度額は超えません。
	第2段階	390円	
	第3段階①	650円	
	第3段階②	1,360円	
	第4段階(非該当)	1,550円	
居住費	第1段階	820円	
	第2段階	820円	
	第3段階①	1,310円	
	第3段階②	1,310円	
	第4段階(非該当)	2,600円	

※負担限度額区分の目安

市町村へ介護保険負担限度額減額認定を申請の上、第1～3段階のいずれかに認定された場合は食費と居住費が減額となります。なお詳しくはお住いの市町村へご相談ください。

利用者負担段階	対象者 所得等の条件	預貯金・有価証券等の合計額
第1段階	生活保護受給者の方 世帯全員が住民税非課税であり、老齢福祉年金受給者の方	1000万円以下であること (夫婦は2000万円以下)
第2段階	世帯全員が住民税非課税であり、非課税年金を含む合計所得金額が80万円以下の方	650万円以下であること (夫婦は1650万円以下)
第3段階①	世帯全員が住民税非課税であり、非課税年金を含む合計所得金額が80万円以上120万円以下の方	550万円以下 (夫婦は1550万円以下)
第3段階②	世帯全員が住民税非課税であり、非課税年金を含む合計所得金額が120万円を超える方	500万円以下 (夫婦は1500万円以下)
第4段階(非該当)	本人が住民税課税となっている方 配偶者や本人が属する世帯が住民税課税となっている方	

《その他実費負担》

金銭管理サービス	預り金管理・証書類管理に関わる事務手数料	50円/日
日常生活費	タオル・ティッシュ・シャンプー・歯ブラシ(介護用含む)・歯磨き粉等	200円/日
特別な食事	ご入居者の希望に基づいて特別な食事を提供した場合	実費
理美容	訪問理容(施設内にて実施)を利用した場合 (カット 2000円他)	実費
私物電気代	お持ち込みの場合 テレビ 300円/月 電気あんか他 300円/月	実費
医療費・投薬代	医療保険が適応となりますが、実費負担となります	実費

1ヵ月あたりの料金目安

《施設介護サービス費》 + 《食費・居住費》 + 《その他実費負担》

= 1日当たりの利用料金 × 30日分

要介護度	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階	2割負担	3割負担
1	66,982円	69,682円	92,182円	113,482円	157,882円	183,793円	209,735円
2	69,316円	72,016円	94,516円	115,816円	160,216円	188,521円	216,797円
3	71,850円	74,550円	97,050円	118,350円	162,750円	193,588円	224,398円
4	74,247円	76,947円	99,447円	120,747円	165,147円	198,384円	231,591円
5	76,577円	79,277円	101,777円	123,077円	167,477円	203,014円	238,551円