

☆☆☆ 御利用料金の内容 ☆☆☆

●入所者利用料

令和元年10月改正

◎基本料金

単位(円)

				多床室		個室	
				日額	月額(30日)	日額	月額(30日)
要	介	護	1	865	25,950	791	23,730
要	介	護	2	913	27,390	836	25,080
要	介	護	3	974	29,220	898	26,940
要	介	護	4	1,025	30,750	950	28,500
要	介	護	5	1,079	32,370	1,001	30,030

※上記料金には栄養ケア料加算〈各入所者に対して栄養ケア料を行う〉(14円)、サービス提供体制強化加算Ⅰ〈一定割合以上の介護福祉士を配置〉(18円)、夜勤職員配置加算〈一定数以上の夜勤職員を配置〉(24円)、在宅復帰在宅療養支援機能加算〈在宅復帰の一定の条件を満たす〉(34円)が含まれます。

日常生活費	100	3,000	100	3,000
食費	1,392	41,760	1,392	41,760
居住費	580	17,400	1,668	50,040

※食費の内訳は朝食：404円、昼食：484円、夕食：504円となります。

※日常生活費：入浴用品、ヘアケア、石鹸等の日用品代です。

要介護1	合計	2,937	88,110	3,951	118,530
要介護2	合計	2,985	89,550	3,996	119,880
要介護3	合計	3,046	91,380	4,058	121,740
要介護4	合計	3,097	92,910	4,110	123,300
要介護5	合計	3,151	94,530	4,161	124,830

◎加算料金(多床室、個室共通で1日あたり。対象となる方のみです。)

認知症ケア	所定の要件を満たした認知症の専門の療養棟を利用される方。	76	2,280
初期利用	入所後最初の30日について加算されます。	30	900
療養食	医師の指示による療養食を提供します。(糖尿病食、腎臓病食などです)(1食あたり)	6	540
経口維持Ⅰ	摂食機能障害のある入所者に所定の要件に従い経口維持計画を作成して管理をおこなう(原則6月)	1月あたり400	
口腔衛生管理体制	基準に沿って口腔ケアの指導等を受け、入所者の口腔ケアケア料に係る計画が作成されている場合	1月あたり30	
口腔衛生管理	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月4回以上行った場合	1月あたり90	
排せつ支援	排泄に介護を要する入所者に所定の要件に従い排泄支援計画を作成、実施した場合	1月あたり100	
低栄養リスク改善	多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い低栄養改善のための栄養ケア計画を作成し所定の要件に従い実施した場合。	1月あたり300	
所定疾患施設療養Ⅱ	特定の疾患に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(月7日まで)	1日につき480	
褥瘡マネジメント	褥瘡発生に係るリスクがあるとされた利用者に対し関連職種の者が計画を作成、実施した場合	1月あたり10	
短期集中リハビリ	入所から3ヶ月以内の利用者に対して所定の要件に従って集中的にリハビリを行う	1回あたり240	
認知症短期集中リハビリ	軽度の認知症の入所者に所定の要件に従ってリハビリを行う(3ヶ月以内、週3回限度)	1回あたり240	
認知症専門ケアⅠ	所定の研修を修了した職員を一定数以上配置した場合	1日あたり3	

※介護職員処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の39を乗じた金額を頂きます。

※介護職員等特定処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の21を乗じた金額を頂きます。

◎その他の費用

特別室料(個室)	1日あたり1,420	業者洗濯料	1月あたり3,630
特別室料(2人室)	1日あたり780	散髪料	1回1,500(税別)
電気器具使用料	1月あたり765		

※その他リハビリ等で費用が必要な場合は事前に同意を得た上で実費を請求させていただきます。

※他科受診の際はご家族にて付添いをお願いします。緊急時等で職員が付添う場合は交通費等実費を負担して頂きます。

※領収書の再発行、介護記録の複写等をご希望の場合は実費相当を負担して頂きます。

※その他介護保険法で認められた料金については事前に説明・同意を頂いたうえで請求させていただきます。