

社会福祉法人麗寿会 特別養護老人ホーム ふれあいの麗寿

利用料金表《ユニット型個室》

（負担割合・1割）

※施設のベッドには、ユニット型個室、従来型個室、多床室等の区分があり、それぞれ料金が異なります。

◆当施設の利用に要する費用は、主に①介護サービス費②居住費③食費であり、介護度によりその額が異なります。
月額目安は以下の通りとなります。

平成29年12月1日現在

ユニット型個室利用に要する費用（共通）

* 地域単価:10.45円

	利用者 負担段階	単位数 (1日)	①介護サービス費 (月額)	②居 住 費 (月額)	③食 費 (月額)	日 額	月額計算例 (30日で計算)
要介護5	第4段階	894	935	2,950	1,550	5,435	163,050
	第3段階			1,310	650	2,895	86,850
	第2段階			820	390	2,145	64,350
	第1段階			820	300	2,055	61,650
要介護4	第4段階	828	866	2,950	1,550	5,366	160,980
	第3段階			1,310	650	2,826	84,780
	第2段階			820	390	2,076	62,280
	第1段階			820	300	1,986	59,580
要介護3	第4段階	762	797	2,950	1,550	5,297	158,910
	第3段階			1,310	650	2,757	82,710
	第2段階			820	390	2,007	60,210
	第1段階			820	300	1,917	57,510
要介護2	第4段階	691	722	2,950	1,550	5,222	156,660
	第3段階			1,310	650	2,682	80,460
	第2段階			820	390	1,932	57,960
	第1段階			820	300	1,842	55,260
要介護1	第4段階	625	654	2,950	1,550	5,154	154,620
	第3段階			1,310	650	2,614	78,420
	第2段階			820	390	1,864	55,920
	第1段階			820	300	1,774	53,220

※ 食費は1食以上提供した場合に月額を計上します。

※ 第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

※ 生活保護受給者のユニット型個室利用については市町村にご確認ください。

※ 利用料金は法令改正や経済情勢等により変更になることがあります。

◆利用料金について説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 説明者: 印

利用者氏名 印 身元引受人 印

入所者に共通して加算される費用（①に加算される 1割負担の額）

(30日で計算)

加算項目	内容等	単位数	日 額	月 額
看護体制加算（Ⅰ）	常勤看護師 1 名以上配置	4	5	150
夜勤職員配置加算	夜勤職員を基準の人員より加配している	18	19	570
口腔衛生管理体制加算	歯科医師の技術的助言・指導 に基づく口腔ケア計画	30/月	—	32
精神科医療指導加算	精神科医師による定期的な療養指導を月2回以上実施	5/日	6	157

該当者のみ加算される費用（①に加算される 1割負担の額）

加算項目	内容等	単位数	日 額	月 額
初期加算	入所後 30 日間算定	30	32	960
外泊時費用	月に 6 日間まで	246	257	1542 (6日間)
経口移行加算	経管栄養から経口摂取へ	28	30	900
経口維持加算（Ⅰ）	経口維持計画に基づく栄養管理	400/月	—	418
経口維持加算（Ⅱ）	摂食障害の者	100/月	—	105
療養食加算	療養食の提供	18	19	570
若年性認知症入所者受入加算	個別の担当者による対応	120	126	3780
在宅・入所相互利用加算	在宅生活が継続できるよう、複数名で計画的に居室利用を行う。	40	42	1260
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数(基本サービス費に各加算・減算を加えた総単位数)の83/1000を乗じた金額			

その他の料金（①から③以外の料金）

項 目	料 金	備 考
日用品費、健康管理費、理容・美容代、予防接種代、個人クリーニング費、行事食代、個人購入希望品 等	実 費	業者等の定めた金額
サービス提供記録交付代	10 円	白黒コピー1 枚当たり

※ 外泊・入院時は介護サービス費に代えて外泊時費用を算定します。

※ 外泊・入院時も居住費は発生します。負担限度額認定を受けている場合には月6日までは補足給付が支給されますが、7日目以降は全額自己負担となります。但し、空床の短期入所生活介護の利用に供さない場合で、入所者が希望した場合に限りです。

社会福祉法人麗寿会 特別養護老人ホーム ふれあいの麗寿

利用料金表《ユニット型個室》

（負担割合 2割）

※施設のベッドには、ユニット型個室、従来型個室、多床室等の区分があり、それぞれ料金が異なります。

◆当施設の利用に要する費用は、主に①介護サービス費②居住費③食費であり、介護度によりその額が異なります。
月額目安は以下の通りとなります。

平成29年12月1日現在

ユニット型個室利用に要する費用（共通）

* 地域単価:10.45円

	利用者 負担段階	単位数 (1日)	①介護サービス費 (月額)	②居 住 費 (月額)	③食 費 (月額)	日 額	月額計算例 (30日で計算)
要介護5	第4段階	894	1869	2,950	1,550	6,369	191,070
	第3段階			1,310	650	3,829	114,870
	第2段階			820	390	3,079	92,370
	第1段階			820	300	2,989	89,670
要介護4	第4段階	828	1731	2,950	1,550	6,231	186,930
	第3段階			1,310	650	3,691	110,730
	第2段階			820	390	2,941	88,230
	第1段階			820	300	2,851	85,530
要介護3	第4段階	762	1593	2,950	1,550	6,093	182,790
	第3段階			1,310	650	3,553	106,590
	第2段階			820	390	2,803	84,090
	第1段階			820	300	2,713	81,390
要介護2	第4段階	691	1444	2,950	1,550	5,944	178,320
	第3段階			1,310	650	3,404	102,120
	第2段階			820	390	2,654	79,620
	第1段階			820	300	2,564	76,920
要介護1	第4段階	625	1307	2,950	1,550	5,807	174,210
	第3段階			1,310	650	3,267	98,010
	第2段階			820	390	2,517	75,510
	第1段階			820	300	2,427	72,810

※ 食費は1食以上提供した場合に月額を計上します。
※ 第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。
※ 生活保護受給者のユニット型個室利用については市町村にご確認ください。
※ 利用料金は法令改正や経済情勢等により変更になることがあります。
◆利用料金について説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。
平成 年 月 日 説明者： 印

利用者氏名

印

身元引受人

印

入所者に共通して加算される費用（①に加算される 2割負担の額）

加算項目	内容等	単位数	日 額	月 額
看護体制加算（Ⅰ）	常勤看護師 1 名以上配置	4	9	270
夜勤職員配置加算	夜勤職員を基準の人員より加配している	18	38	1140
口腔衛生管理体制加算	歯科医師の技術的助言・指導 に基づく口腔ケア計画	30/月	—	63
精神科医療養指導加算	精神科医師による定期的な療養指導を月2回以上実施	5/日	6	314

該当者のみ加算される費用（①に加算される 2割負担の額）

加算項目	内容等	単位数	日 額	月 額
初期加算	入所後 30 日間算定	30	63	1890
外泊時費用	月に 6 日間まで	246	514	3084 (6日間)
経口移行加算	経管栄養から経口摂取へ	28	59	1770
経口維持加算（Ⅰ）	経口維持計画に基づく栄養管理	400/月	—	836
経口維持加算（Ⅱ）	摂食障害の者	100/月	—	209
療養食加算	療養食の提供	18	38	1140
若年性認知症入所者受入加算	個別の担当者による対応	120	251	7530
在宅・入所相互利用加算	在宅生活が継続できるよう、複数名で計画的に居室利用を行う。	40	84	2520
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数(基本サービス費に各加算・減算を加えた総単位数)の83/1000を乗じた金額			

その他の料金（①から③以外の料金）

項 目	料 金	備 考
日用品費、健康管理費、理容・美容代、予防接種代、個人クリーニング費、行事食代、個人購入希望品 等	実 費	業者等の定めた金額
サービス提供記録交付代	10 円	白黒コピー1 枚当たり

※ 外泊・入院時は介護サービス費に代えて外泊時費用を算定します。

※ 外泊・入院時も居住費は発生します。負担限度額認定を受けている場合には月6日までは補足給付が支給されますが、7日目以降は全額自己負担となります。但し、空床の短期入所生活介護の利用に供さない場合で、入所者が希望した場合に限ります。