

特別養護老人ホーム にれの木園 料金表

| | | |
|---------|-------------------------------------|---------------------|
| サービス種別 | 介護老人福祉施設 | |
| お部屋のタイプ | 多床室／従来型個室 | |
| 要介護度 | 負担金(介護保険内料金)／日 | |
| | 基本サービス費用 | |
| | 多床室(介護福祉サービス費(Ⅱ)) | 従来型個室(介護福祉サービス費(Ⅰ)) |
| 要介護1 | 573円 | |
| 要介護2 | 641円 | |
| 要介護3 | 712円 | |
| 要介護4 | 780円 | |
| 要介護5 | 847円 | |
| 入院・外泊時 | 246円(6日間を上限として、入院や外泊時の振り替え料金として加算。) | |

| 加算費用の種類 | | 料金／日 | 加算費用の種類 | 料金／日 | | |
|---------------------|------------------------------|--------|------------------------|--|--|------------------------------|
| 初期加算 | | 30円 | 看取り介護加算(Ⅰ) | Drによるターミナルの診断後、ご家族の同意によりターミナルケアを実施した場合に加算。 | | |
| 日常生活継続支援加算 | 実績・体制 によってい ずれかを算 定 | 36円 | | 72円 | ご逝去された日より起算し、 31日～45日間加算。 | |
| サービス提供 体制強化加算(Ⅰ) | | 22円 | | 144円 | ご逝去された日より起算し、 4日～30日間加算。 | |
| 体制強化加算(Ⅱ) | | 18円 | | 680円 | ご逝去前、日前々日に加算。 | |
| 体制強化加算(Ⅲ) | | 6円 | | 1,280円 | ご逝去当日に加算。 | |
| 看護体制加算(Ⅰ) | | 4円 | | 看取り介護加算(Ⅱ) ※基準要件を満たした場合に加算 | Drによるターミナルの診断後、ご家族の同意によりターミナルケアを実施した場合に加算。 | |
| 看護体制加算(Ⅱ) | | 8円 | | | 72円 | ご逝去された日より起算し、 31日～45日間加算。 |
| 夜勤職員配置加算(従来型)(Ⅰ) | | 22円 | | | 144円 | ご逝去された日より起算し、 4日～30日間加算。 |
| 夜勤職員配置加算(従来型)(Ⅲ) | | 28円 | | | 780円 | ご逝去前、日前々日に加算。 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | | 12円 | | | 1,580円 | ご逝去当日に加算。 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | | 20円 | 650円/回 | | 配置医師が早朝・夜間に施設を訪問しご入居者の診察を行った場合に加算。 | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | | 100円/月 | | | | 1300円/回 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | | 200円/月 | 認知症行動・心理症状 緊急対応加算 | | | |
| 若年性認知症入所者受入加算 | | 120円 | 再入所時栄養連携加算 | | | |
| 退所前後訪問相談援助加算 | | 460円/回 | 自立支援促進加算 | | | |
| 退所時相談援助加算 | | 400円/回 | 安全対策体制加算 | | | |
| 退所前連携加算 | | 500円/回 | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | | | |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | | 90円/月 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | | | |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | | 110円/月 | 83/1000／月 | | | |
| 栄養マネジメント強化加算 | | 11円/日 | 27/1000／月 | | | |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | | 40円/月 | 所定単位(各種加算を加えた総単位数)に加算。 | | | |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | | 50円/月 | 所定単位(各種加算を加えた総単位数)に加算。 | | | |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | | 30円/月 | | | | |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | | 60円/月 | | | | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | | 3円/月 | | | | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | | 13円/月 | | | | |
| 排せつ支援加算(Ⅰ) | | 10円/月 | | | | |
| 排せつ支援加算(Ⅱ) | | 15円/月 | | | | |
| 排せつ支援加算(Ⅲ) | | 20円/月 | | | | |

これらの加算は実績・体制によっては加算されない場合があります。

| 料金(介護保険外料金)／日 | | | |
|-----------------|----------|--------|---------------------------------|
| サービスの種類 | | 料金 | 算定条件 |
| 居住費 | 多床室の場合 | 855円 | 所得による減免制度あり。 |
| | 従来型個室の場合 | 1,171円 | 所得による減免制度あり。 |
| 食費 | | 1,445円 | 所得による減免制度あり。 |
| 行事食加算 | | 300円/食 | 行事等において特別食をご希望により提供させて頂く場合に徴収。 |
| レクリエーションや行事の材料費 | | 実費 | 実費が発生した場合のみ徴収。 |
| 複写物の交付 | | 右欄参照 | 白黒 10円/枚 カラー 50円/枚 |
| Fax使用料 | | 右欄参照 | 送信 10円/通信 受信 10円/枚 |
| エンゼルケア | | 5,000円 | ご契約者の希望によりエンゼルケアを提供させて頂いた場合に徴収。 |

※訪問理美容・ドライクリーニングをご希望に応じて実費にてご利用頂けます。

※その他日常生活品の購入代金等日常生活に要する費用で、ご利用者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用は別途ご負担頂きます。