

ユニット型指定介護老人福祉施設 スマイルホーム西井堀

< 平成 31年 4月 1日 現在 >

1. ユニット型介護福祉施設サービス費 (I)

【料金】※3

	要介護度	1日の 単位数	1割負担 (1日/円)	1割負担 (1ヶ月/円)※1	2割負担 (1日/円)	2割負担 (1ヶ月/円)※1	3割負担 (1日/円)	3割負担 (1ヶ月/円)※1
<input type="checkbox"/>	要介護1	636	694	20,820	1,387	41,610	2,080	62,400
<input type="checkbox"/>	要介護2	703	767	23,010	1,533	45,990	2,299	68,970
<input type="checkbox"/>	要介護3	776	846	25,380	1,692	50,760	2,538	76,140
<input type="checkbox"/>	要介護4	843	919	27,570	1,838	55,140	2,757	82,710
<input type="checkbox"/>	要介護5	910	992	29,760	1,984	59,520	2,976	89,280

2. 保険適用外サービス費

【食費】※3

	段階	1日 / 円	1ヶ月 / 円 ※1
<input type="checkbox"/>	第四段階 ※2	1,700	51,000
<input type="checkbox"/>	第三段階	650	19,500
<input type="checkbox"/>	第二段階	390	11,700
<input type="checkbox"/>	第一段階	300	9,000

【一食/円】

	段階	朝	昼	夕
<input type="checkbox"/>	第四段階 ※1	400	650	650

【居住費】※3

	段階	1日 / 円	1ヶ月 / 円 ※1
<input type="checkbox"/>	第四段階 ※2	2,700	81,000
<input type="checkbox"/>	第三段階	1,310	39,300
<input type="checkbox"/>	第二段階	820	24,600
<input type="checkbox"/>	第一段階	820	24,600

※1 1ヶ月あたりは30日で計算しております。

※2 第四段階が基本料金になります。

※3 入院、外泊時に居室を確保している場合、所得区分に応じた居住費が発生いたします。但し、事業者は契約者の同意のある場合には、その入院、外泊期間中、当該居室を短期入居生活介護等に活用することができます。
この場合には、契約者は利用料金（居住費及び自己負担額）を支払う必要はありません。

3. 加算

	加算名	1日の 単位数	1割負担 (1日/円)	2割負担 (1日/円)	3割負担 (1日/円)
<input type="checkbox"/>	初期加算	30	33	66	99
<input type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36	40	79	118
<input type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46	51	101	151
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅰ）ロ	4	5	9	13
<input type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅱ）ロ	8	9	18	27
<input checked="" type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	18	20	40	59
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算	12	13	26	39
<input type="checkbox"/>	精神科医療養指導加算	5	6	11	17
<input type="checkbox"/>	若年性認知症入所者受入加算	120	131	262	393
<input type="checkbox"/>	入院または外泊加算	246	269	537	805
<input checked="" type="checkbox"/>	栄養マネジメント加算	14	16	31	46
<input type="checkbox"/>	経口移行加算	28	31	61	92
<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	218	436	654
<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅰ）	400	436	872	1,308
<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅱ）	100	109	218	327
<input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	30	33	66	99
<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理加算	110	120	240	360
<input type="checkbox"/>	療養食加算 （1食あたり）	18	20	40	59
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算 （死亡日以前4日以上30日以下）	80	88	175	262
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算 （死亡日の前日及び前々日）	680	742	1,483	2,224
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算 （死亡日）	1280	1,396	2,791	4,186
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	4	7	10
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	5	9	13
<input checked="" type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18	20	40	59
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	12	13	26	39
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	6	7	13	20
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	7	13	20
<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	218	436	654
<input type="checkbox"/>	在宅・入所相互利用加算	40	44	88	131
<input type="checkbox"/>	退所前訪問相談援助加算	460	502	1,003	1,505
<input type="checkbox"/>	退所後訪問相談援助加算	460	502	1,003	1,505
<input type="checkbox"/>	退所時相談援助加算	400	436	872	1,308
<input type="checkbox"/>	退所前連携加算	500	545	1,090	1,635
<input type="checkbox"/>	在宅復帰支援機能加算	10	11	22	33
<input type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算 （3ヶ月に1回）	10	11	22	33
<input type="checkbox"/>	排せつ支援加算 （1ヶ月に1回）	100	109	218	327
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定した加算の合計単位数の1000分の83に相当する単位数			

※詳細は契約時にご説明させていただきます。

4. その他

理美容代（カット等）	実費
おやつ代	実費
訪問マッサージ代	実費
訪問歯科代	実費
入居者の選定する特別な食事代（選択食等）※1	実費
栄養室が提供する食事以外でご利用者が個別に希望される食事	実費
日用品費（歯ブラシ、ボックスティッシュ、義歯洗浄剤、等）※2 注：上記記載の日用品は一例です。	実費
コピー代（1枚）	10円
教養娯楽費（ご入居者個人が希望するもの）	実費
外出費（近隣への散歩等は除く）※3	30分未満無償/ 30分以上の場合15分毎 237円
契約終了時の残置物処分費（業者見積もり）	実費
その他個別にかかる費用	実費

※1 入居者の選定する特別な食事代（選択食等）に関しては通常の食事代と別途徴収いたします。

※2 日用品費については、ご家族がご用意できる場合の費用はありません。

※3 外出付き添い可能時間は9時から18時までです。職員に付き添いを希望される場合はご相談ください。

※その他、費用負担が発生する際には、ご相談させていただきます。

【事業所】

< 事業者名 > 社会福祉法人喜清会
特別養護老人ホーム スマイルホーム西井堀
(指定番号：1372207827)

< 所在地 > 東京都葛飾区奥戸3丁目24番15号

< 管理者 > 施設長 梅澤 克巳 印

< 説明者 > _____ 印

私は、ユニット型指定介護老人福祉施設 スマイルホーム西井堀 入居にあたり重要事項説明書別紙（料金表）の内容について説明を受け同意いたします。

契約締結日： _____年_____月_____日

【契約者】

< 氏名 > _____ 印

【代理人】

< 氏名 > _____ 印 (続柄：_____)