

介護老人保健施設 なのはな苑 利用料金表 施設入所

※単位数単価：10.27円/1単位

1階（海フロア）・2階（風フロア）の利用
個室利用

要介護度	単 位	料 金			算定単位	利用者負担居住費	備 考
		1割負担	2割負担	3割負担			
要介護1	714	734	1467	2200	1日	2067円/1日	所得段階
要介護2	759	780	1559	2339	1日		第1段階 490円/1日
要介護3	821	844	1687	2530	1日		第2段階 490円/1日
要介護4	874	898	1795	2693	1日		第3段階 1310円/1日
要介護5	925	950	1900	2850	1日		

多床室利用

要介護度	単 位	料 金			算定単位	利用者負担居住費	備 考
		1割負担	2割負担	3割負担			
要介護1	788	810	1619	2428	1日	397円/1日	所得段階
要介護2	836	859	1717	2576	1日		第1段階 無負担
要介護3	898	923	1845	2767	1日		第2・3段階 370円/1日
要介護4	949	975	1950	2924	1日		
要介護5	1003	1030	2060	3090	1日		

3階（空フロア）認知症専門棟の利用（多床室）

上記料金に認知症ケア加算（76単位）1割負担：78円（1日）／2割負担：156円（1日）／3割負担：234円（1日）が加算されます。

項目	単 位	料金（円）			算定単位	備 考	
		1割	2割	3割			
夜勤体制加算	24	25	50	74	1日	入所者20名：1名看護・介護を配置した場合	
短期集中リハビリテーション実施加算	240	247	493	740	1日	入所日から3ヵ月以内に集中的にリハビリを行った場合	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	247	493	740	1日	入所日から3ヵ月以内に認知症の方に集中的にリハビリを行った場合	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33	34	68	102	1月	リハビリテーション計画の説明・管理、情報を厚生労働省へ提出	
若年性認知症患者受入加算	120	124	247	370	1日	若年性認知症入所者を受入、サービスを行った場合	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	206	411	617	1日	入所日から7日以内	
外泊時費用	362	372	744	1116	1日	7泊8日	
外泊時費用（在宅サービスと利用する場合）	800	822	1644	2465	1日	7泊8日	
ターミナルケア加算	1650	1695	3389	5084	1日	死亡日に算定	
ターミナルケア加算	820	843	1685	2527	1日	死亡日前日及び前々日に算定	
ターミナルケア加算	160	165	329	493	1日	死亡日以前4日以上30日以下に算定	
ターミナルケア加算	80	83	165	247	1日	死亡日以前31日以上45日以下に算定	
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	41	82	123	1月	ご利用者の基本情報を厚生労働省へ提出	
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	62	124	185	1月	（Ⅰ）の条件に服薬情報を厚生労働省へ提出	
初期加算	30	31	62	93	1回	入所日から30日以内の期間	
退所時指導等加算	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450	463	925	1387	1回	居室を訪問し、退所を目的としたサービス計画を行った場合
	入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480	493	986	1479	1回	居室を訪問し、退所を目的としたサービス計画を行った場合
退所時指導等加算	試行的退所時指導加算	400	411	822	1233	1回	入所期間1月を超える入所者に1回
	退所時情報提供加算	500	514	1027	1541	1回	入所期間1月を超える入所者に1回
	老人訪問看護指示加算	300	309	617	925	1回	退所時に訪問看護等に指示書を交付した場合（1回限度）
	入退所前連携加算（Ⅰ）	600	617	1233	1849	1回	（Ⅱ）の条件に居宅介護支援事業者とサービスの利用方針を定めた場合
	入退所前連携加算（Ⅱ）	400	411	822	1233	1回	入所期間が1月を超え居宅介護支援事業者と情報提供を行い連携をとった場合
	療養食加算	6	7	13	19	1食	経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ・Ⅱ）併用不可
	再入所時栄養連携加算	200	206	411	617	1回	入院先医療機関と栄養管理に関する連携を行った場合
	経口移行加算	28	29	58	87	1日	経管から経口へ食事摂取を移行するための栄養管理を行った場合
経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）	400	411	822	1233	1月	経口維持計画を作成し、管理栄養士等が栄養管理を行った場合 経口移行加算との併用不可
	経口維持加算（Ⅱ）	100	103	206	309	1月	経口移行加算との併用不可
口腔衛生加算	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	93	185	278	1月	歯科衛生士が月2回以上の口腔ケアを行った場合
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	113	226	339	1月	（Ⅰ）の条件に口腔衛生管理計画を厚生労働省へ提出
	所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239	246	491	737	1日	肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎の治療を行った場合 7日を限度
	所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480	493	986	1479	1日	肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎の治療を行った場合 10日を限度
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	34	35	70	105	1日	施設退所の在宅復帰の割合が基準を満たしている場合

	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46	48	95	142	1日	在宅復帰・在宅療養支援等指標の評価項目の基準を満たしている場合	
	自立支援促進加算	300	309	617	925	1月	多職種共同で自立支援計画を策定、評価結果を厚生労働省へ提出	
	安全対策体制加算	20	21	41	62	1回	組織的に安全対策を実施	
	緊急時治療管理	518	532	1064	1596	1日	緊急的治療処置を行った場合	
排泄支援	排せつ支援加算(Ⅰ)	10	11	21	31	1月	医師が排せつ計画を作成し、評価結果を厚生労働省へ提出	
	排せつ支援加算(Ⅱ)	15	16	31	47	1月	(Ⅰ)の条件に排泄状態の改善が見られる場合	
	排せつ支援加算(Ⅲ)	20	21	41	62	1月	(Ⅱ)の条件に更に排泄状態の改善が見られる場合	
褥瘡	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3	3	6	9	1月	多職種で計画を作成し、評価結果を厚生労働省へ提出	
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13	14	27	40	1月	(Ⅰ)の条件に褥瘡の発生をなくすこと	
認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	3	6	9	1日	厚生労働省が定める基準を満たした上で、専門的な認知症ケアを実施した場合	
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	5	9	13	1日	厚生労働省が定める基準を満たした上で、専門的な認知症ケアを実施した場合	
	認知症情報提供加算	350	360	719	1079	1回	認知症の確定診断を受ける為、医療機関等へ入所者の紹介を行った場合	
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	19	37	56	1日	介護職員総数の内介護福祉士60%以上	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	上記報酬総額の3.9%				厚生労働大臣基準の全てに適合		
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	上記報酬総額の2.1%				厚生労働大臣基準の全てに適合		
	介護職員等ベースアップ等支援加算	上記報酬総額の0.8%				厚生労働大臣基準の全てに適合		

外泊時に在宅サービスを利用した費用800単位

食費・おやつ

項目		料金(円)	算定単位	備考
食費	朝食	523	1日	所得段階 第1段階 300円 第2段階 390円 第3段階 650円又は1,360円
	昼食	690	1日	
	夕食	670	1日	

その他の費用の額

項目		料金(円)	算定単位	備考
日用品費 *1	タオル類	154(税込)	1日	バスタオル フェイスタオル おしぼりタオル ベーパタオル
	その他の日用品費①	51(税込)	1日	ボックスステッシュ 歯ブラシ 歯磨き粉 入歯カップ 入歯洗浄剤 マグカップ
	その他の日用品費②	24(税込)	1日	ボックスステッシュ 歯ブラシ 歯磨き粉 入歯カップ マグカップ
趣味活動費 *2	実費			編物 裁縫 刺し子 習字 塗り絵 音読ドリル 計算ドリル 音楽鑑賞 生け花
理美容代(カットのみ)	2500(税込)	1回		パーマ及び髪染めは対応できません
洗濯代	345(税込)	1回		衣類は1回につき、タオルは10日間を1回として請求
特別行事参加費	実費			
特別な食事	食材料費を超えた実費(行事食など)			
健康診断書発行料	5500(税込)			他施設宛の診断書、又はその他用途の診断書(診断書記載の実施すべき検査がある場合は検査実費相当分をご請求致します)
その他	実費	1回		インフルエンザ予防接種に要する費用

*1 ご希望による単品の選択可能

*2 ご希望によるプログラムの選択可能

支払方法

- 毎月10日に、前月分の請求書を発行いたします、その月の末日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと領収書に領収印を押印いたします。

- お支払い方法は、現金(窓口)、銀行振込、口座引落の方法があります。

※口座引落をご希望の方は、医事課までご連絡下さい。

前項に掲げる費用の額に係わるサービスの提供にあたっては、あらかじめ入所者又は家族に対して説明を行ない、同意を得ます。

※市町村が利用者個人に発行する「介護保険標準負担額限度額認定証」をお持ちの方は、ご利用開始時に提出をお願いいたします。