

(介護予防)特定施設入居者生活介護

アーバンリビング鳥屋野

○介護付き有料老人ホーム

○全個室 25室

○電話番号 025-281-6800

○FAX番号 025-281-6555

**○住所 〒950-0942
新潟県新潟市中央区
小張木1丁目4番5号**

1、月額基本料金 (2025年12月1日現在)

項目	料金
家賃	78,000円
管理費	60,000円
合計	138,000円



2、内容

家賃	定額月額料金です。翌々月の20日に請求書の発送となり25日にご指定の口座よりお支払い頂きます。個室使用日数が1ヵ月に満たない場合は、日割料金となります。
管理費	共有部分の維持管理費、光熱水費。

3、食費

1ヶ月 52,500円 (30日の場合) 1日 1,750円

内訳	朝食	昼食	夕食
料金	410円	680円	660円

4、サービス費

項目	内容	料金	備考
介護保険	(介護予防)特定施設入居者生活介護費＋各種加算	1～3割自己負担	料金表参照
自費サービス	通院介助・買い物代行・理美容サービス等	全額自己負担	希望時実施



施設の概要

3階の17フロア内に、居室25室、食堂、共有スペース、職員が在中している事務所がございます。

談話スペース



共有スペース



機能訓練室



浴室



リフト浴



居室スペース



居室イメージ①



居室イメージ②

居室の床面積は18.0㎡

ご自分の生活空間を大切に、ゆったり過ごせるプライベートルーム

※介護専用電動ベッド・エアコン・ナースコール・車椅子対応洗面台・温水洗浄トイレ・防災カーテン完備されています。

～アーバンリビング鳥屋野から 見える景色～



正面にはビックスワンが見え、
近くには公園や馬術場があり、
馬が駆ける姿も見られます 🐎

新潟花火も見ることができます 🎆

自然科学館や県庁、
朱鷺メッセ、天気が
いい日には角田山
や弥彦山も見渡せ
ます 🌞 🏔️



(介護予防) 特定施設入居者生活介護

アーバンリビング鳥屋野 料金のご案内

1 割負担

2025/12/1~

		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	備考	
介護 保 険	介護サービス費		183単位	313単位	542単位	609単位	679単位	744単位	813単位	1日単位
			5,673単位	9,703単位	16,802単位	18,879単位	21,049単位	23,064単位	25,203単位	31日計算
	各種 加 算	夜間看護体制加算Ⅱ（31日の場合）			279単位	279単位	279単位	279単位	279単位	9単位/日
		科学的介護推進体制加算	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位	40単位/月
		生産性向上推進体制加算	10単位	10単位	10単位	10単位	10単位	10単位	10単位	10単位/月
		処遇改善加算Ⅱ	698単位	1,190単位	2,090単位	2,343単位	2,608単位	2,854単位	3,115単位	介護サービス費＋各種加算（処遇改善加算Ⅱを除く）の合計に12.2%を乗じた金額
	介護保険合計		6,511円	11,097円	19,490円	21,853円	24,322円	26,615円	29,048円	介護サービス費＋各種加算の合計に地域単価10.14%を乗じた金額
居住に 係る 利用料	家賃（月額）	78,000円	78,000円	78,000円	78,000円	78,000円	78,000円	78,000円	1か月に満たない期間の費用は、1か月を30日として日割計算した額とする。	
	管理費（月額）	60,000円	60,000円	60,000円	60,000円	60,000円	60,000円	60,000円	1か月に満たない期間の費用は、1か月を30日として日割計算した額とする。	
	リネン代（31日の場合）	1,240円	1,240円	1,240円	1,240円	1,240円	1,240円	1,240円	40円/日	
	食費（3食31日提供の場合）	54,250円	54,250円	54,250円	54,250円	54,250円	54,250円	54,250円	朝食410円、昼食680円、夕食660円	
合計（利用料＋介護保険）		200,001円	204,587円	212,980円	215,343円	217,812円	220,105円	222,538円		
実費サ ー ビ ス	支援内容									備考
	入浴介助		週2回までは無料、週3回目以降1,200円/回							
	通院介助		施設から10km圏内の医療機関に対応、400円/15分							
	買い物代行		施設から5km圏内に対応、1,100円/回							
	入退院時の同行		施設から10km圏内の医療機関に対応、400円/15分							基本的にはご家族対応。
備考		・おむつ代、理美容代、買い物代行の購入品の代金、通院介助でかかった受診代、お薬代等は、実費で請求させていただきます。								