

重要事項説明書〔別紙〕

介護老人保健施設（施設サービス）

【表 1】

(3) サービス利用料金

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記のサービス費の1割または2割もしくは3割を別途交付される負担割合証に応じて自己負担額としてお支払いしていただく事になります。尚、自己負担額の居住費・食費は保険給付対象外となります。

(市民税の課税状況により負担限度額の設定あり)

(単位：円)

要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
サービス費（多床室）		7,930	8,430	9,080	9,610	10,120	
サービス費（従来型個室）		7,170	7,630	8,280	8,830	9,320	
自己負担額	サービス費の1割	多床室	793	843	908	961	1,012
		従来型個室	717	763	828	883	932
	居住費 (保険給付外) (令和6年8月より)	多床室 437/1日	負担限度額				
			第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
			0	430	430	430	437
		従来型個室 1,728/1日	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	550		550	1,370	1,370	1,728	
	食費 (保険給付外)	1,445/1日	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
300			390	650	1,360	1,445	

※食費の1,445円の内訳は 朝食 421円 昼食 522円 夕食 502円 となります。1～3段階の方に つきましては負担限度額以上の負担はありません。

※追加算定項目

(単位：円)

サービス提供体制強化加算 (I)	22/日	サービス提供体制強化加算 (II)	18/日
夜勤職員配置加算	24/日	栄養マネジメント強化加算	11/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I)	51/日	療養食加算	6/回
短期集中リハビリ実施加算 (I)	258/日 (入所後3ヶ月以内)	短期集中リハビリ実施加算 (II)	200/日 (入所後3ヶ月以内)
認知症短期集中リハビリ実施加算 (I)	240/日 (3/w限度) (入所後3ヶ月以内)	認知症短期集中リハビリ実施加算 (II)	120/日 (3/w限度) (入所後3ヶ月以内)
外泊時費用	362/日 (月6日間まで)	外泊時費用 在宅サービスを利用する場合	800/日 (月6日間まで)
初期加算 (I)	60/日 (入所日から30日間)	初期加算 (II)	30/日 (入所日から30日間)
退所時栄養情報連携加算	70/回 (1月に1回限度)	再入所時栄養情報連携加算	200/回 (1人に1回限度)
入所前後訪問指導加算 (I)	450/入所中1回限度	入所前後訪問指導加算 (II)	480/入所中1回限度
試行的退所時指導加算	400/回	安全対策体制加算	20/入所中1回のみ
退所時情報提供加算 (I)	500/回	退所時情報提供加算 (II)	250/回
入退所前連携加算 (I)	600/回	入退所前連携加算 (II)	400/回
訪問看護指示加算	300/回	協力医療機関連携加算 (1)	100/月 (R6年度まで)

協力医療機関連携加算 (1)	50/月 (R7 年度から)	協力医療機関連携加算 (2)	5/月 (R7 年度から)
経口移行加算	28/日 (180 日以内)	緊急時治療管理加算	518/日
経口維持加算 (I)	400/月	経口維持加算 (II)	100/月
口腔衛生管理加算 (I)	90/月	口腔衛生管理加算 (II)	110/月
かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ	140/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) ロ	70/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II)	240/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (III)	100/回
所定疾患施設療養費 (I)	239/日 7日を限度	所定疾患施設療養費 (II)	480/日 10日を限度
認知症専門ケア加算 (I)	3/日	認知症ケア加算 (II)	4/日
認知症チームケア推進加算 (I)	150/回	認知症チームケア推進加算 (II)	120/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日 (入所日より 7 日限度)	新興感染症等施設療養費	240/日 5日を限度
リハビリテーションマネジメント計画情報加算 (I)	53/月	リハビリテーションマネジメント計画情報加算 (II)	33/月
褥瘡マネジメント加算 (I)	3/月	褥瘡マネジメント加算 (II)	13/月
排せつ支援加算 (I)	10/月	排せつ支援加算 (II)	15/月
排せつ支援加算 (III)	20/月	自立支援推進加算	300/月
科学的介護推進体制加算 (I)	40/月	科学的介護推進体制加算 (II)	60/月
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10/月	高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	5/月
生産性向上推進体制加算 (I)	100/月	生産性向上推進体制加算 (II)	10/月
ターミナルケア加算 1	1900/日	ターミナルケア加算 2-3	910/日
ターミナルケア加算 4-30	160/日	ターミナルケア加算 31-45	72/日
介護職員等処遇改善加算 I (R6 年 6 月から)	単位合計の 1000 分の 75		

【表 2】

(5) その他の介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。(課税対象分は税金を含む) (単位：円)

種 類	内 容	利用料金
特別な居室	個室をご利用になった場合	1.100/日
理・美容代	理・美容師の出張によるサービス	2.000~8.000/回
おやつ代	個別におやつをご希望される場合	100/回
日用品費	日常生活に応じて提供する日用品に要する費用	270/日
教養娯楽費	クラブ活動等に参加された利用者に負担をお願いする実費相当額の費用 (クラブ活動の追加・変更等により金額の変更あり)	ホーム喫茶 50/杯 生け花教室 実費 お出かけ 実費

洗濯代	<p>独居等で家族の対応が出来ない方で洗濯を施設に依頼した場合（洗濯は別の業者への委託となります）</p> <p>※暖流で洗濯した場合は右記の金額で別途請求いたします。</p>	<p>1 ネット当たり 605</p> <p>【暖流】小物 62/枚 大物 93/枚 ズボン・ウェア 114/枚 上着類 187/枚 着物類 312/枚</p>
健康管理費	インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、肺炎球菌等の予防接種	実費
T V 代	居室でTVを見たい場合	250/日
診断書・証明書	<p>医師の診察を要しない証明書</p> <p>医師の診察・身体測定を要する身体障害者用診断書等</p>	<p>1.100~2.200/枚</p> <p>5.500/枚</p>
その他	外食ツアー、お買い物ツアー	実費