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）			8,710	9,470	10,140	10,720	11,250
サービス費（従来型個室）			7,880	8,630	9,280	9,850	10,400
自己負担額	サービス費の１割	多床室	871	947	1,014	1,072	1,125
		従来型個室	788	863	928	985	1,040
	居住費（保険給付外）	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	1,470	1,728
	食費（保険給付外）	1,545 / 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	680	1,420	1,545

※食費の 1,545 円の内訳は　朝食 450 円　昼食 558 円　夕食 537 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	協力医療機関連携加算(2)	5 / 月
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
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ計画情報加算(Ⅰ)	53 / 月	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞ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II口	単位合計の 1000 分の 93		
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	51/日	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 / 日

【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
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	ホーム喫茶　50 / 杯 生け花教室　実費 お出かけ　実費

	（クラブ活動の追加･変更等により金額の変更あり）	
洗　濯　代	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） ※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。	1ネット当たり　605 【暖流】小物　62 / 枚 大物　93 / 枚 ズボン･ウエア 114 / 枚 上着類　187 / 枚 着物類　312 / 枚
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	医師の診察を要しない証明書 医師の診察･身体測定を要する身体障害者用診断書等	1.100～2.200 / 枚 5.500 / 枚
そ　の　他	外食ツアー、お買い物ツアー	実費