

《入所利用料金表》

利用料金とは、下記表に該当する料金+別紙(加算、その他の費用)の合計金額です。

【入所 3階 4人部屋】第4段階(32床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	771	819	880	931	984
	771	819	880	931	984
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	792	841	904	956	1,011
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	600	600	600	600	600
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	0	0	0	0	0
②小計(単位;円)	2,900	2,900	2,900	2,900	2,900
1日当たり(①+②)	3,692	3,741	3,804	3,856	3,911
30日当たり(合計)	110,755	112,233	114,113	115,684	117,317

【入所 3階 2人部屋】第4段階(4床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	771	819	880	931	984
	771	819	880	931	984
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	792	841	904	956	1,011
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	800	800	800	800	800
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
②小計(単位;円)	4,150	4,150	4,150	4,150	4,150
1日当たり(①+②)	4,942	4,991	5,054	5,106	5,161
30日当たり(合計)	148,255	149,733	151,613	153,184	154,817

【入所 3階 従来個室】第4段階(24床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	698	743	804	856	907
	698	743	804	856	907
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	717	763	826	879	931
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
②小計(単位;円)	6,040	6,040	6,040	6,040	6,040
1日当たり(①+②)	6,757	6,803	6,866	6,919	6,971
30日当たり(合計)	202,705	204,092	205,971	207,573	209,145

*1・・・趣味材料費など *2・・・石鹸、シャンプー、タオル、おしぼり、バスタオルなど
介護負担限度額認定証をお持ちの方は、食費・居住費が減額されます。

《入所利用料金表》

【入所 2階 ユニット個室A】第4段階(16床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	777	822	884	937	988
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	798	844	908	962	1,015
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,520	2,520	2,520	2,520	2,520
②小計(単位:円)	6,790	6,790	6,790	6,790	6,790
1日当たり(①+②)	7,588	7,634	7,698	7,752	7,805
30日当たり(合計)	227,639	229,026	230,936	232,569	234,140

【入所 2階 ユニット個室B】第4段階(4床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	777	822	884	937	988
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	798	844	908	962	1,015
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
②小計(単位:円)	6,370	6,370	6,370	6,370	6,370
1日当たり(①+②)	7,168	7,214	7,278	7,332	7,385
30日当たり(合計)	215,039	216,426	218,336	219,969	221,540

【入所 2階 ユニット個室】第4段階(20床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	777	822	884	937	988
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	798	844	908	962	1,015
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	0	0	0	0	0
②小計(単位:円)	4,270	4,270	4,270	4,270	4,270
1日当たり(①+②)	5,068	5,114	5,178	5,232	5,285
30日当たり(合計)	152,039	153,426	155,336	156,969	158,540

*1・・・趣味材料費など *2・・・石鹸、シャンプー、タオル、おしぼり、バスタオルなど
介護負担限度額認定証をお持ちの方は、食費・居住費が減額されます。

《入所利用料金表》

利用料金とは、下記表に該当する料金+別紙(加算、その他の費用)の合計金額です。

【入所 3階 4人部屋】第4段階(32床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	756 756	803 803	862 862	912 912	964 964
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	776	825	885	937	990
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	600	600	600	600	600
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	0	0	0	0	0
②小計(単位;円)	2,900	2,900	2,900	2,900	2,900
1日当たり(①+②)	3,676	3,725	3,785	3,837	3,890
30日当たり(合計)	110,292	111,740	113,558	115,099	116,701

【入所 3階 2人部屋】第4段階(4床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	756 756	803 803	862 862	912 912	964 964
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	776	825	885	937	990
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	800	800	800	800	800
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
②小計(単位;円)	4,150	4,150	4,150	4,150	4,150
1日当たり(①+②)	4,926	4,975	5,035	5,087	5,140
30日当たり(合計)	147,792	149,240	151,058	152,599	154,201

【入所 3階 従来個室】第4段階(24床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	684 684	728 728	788 788	839 839	889 889
①小計 単位;円(介護保険1割負担額)	702	748	809	862	913
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
②小計(単位;円)	6,040	6,040	6,040	6,040	6,040
1日当たり(①+②)	6,742	6,788	6,849	6,902	6,953
30日当たり(合計)	202,274	203,630	205,478	207,050	208,590

*1・・・趣味材料費など *2・・・石鹸、シャンプー、タオル、おしぼり、バスタオルなど
介護負担限度額認定証をお持ちの方は、食費・居住費が減額されます。

《入所利用料金表》

【入所 2階 ユニット個室A】第4段階(16床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	761	806	866	918	968
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	782	828	889	943	994
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,520	2,520	2,520	2,520	2,520
②小計(単位:円)	6,790	6,790	6,790	6,790	6,790
1日当たり(①+②)	7,572	7,618	7,679	7,733	7,784
30日当たり(合計)	227,146	228,533	230,381	231,984	233,524

【入所 2階 ユニット個室B】第4段階(4床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	761	806	866	918	968
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	782	828	889	943	994
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
②小計(単位:円)	6,370	6,370	6,370	6,370	6,370
1日当たり(①+②)	7,152	7,198	7,259	7,313	7,364
30日当たり(合計)	214,546	215,933	217,781	219,384	220,924

【入所 2階 ユニット個室】第4段階(20床)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
＜保険適用＞					
基本単価 (所定単位数)	761	806	866	918	968
①小計 単位:円(介護保険1割負担額)	782	828	889	943	994
＜保険適用外(消費税込)＞					
居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
教養娯楽費*1	200	200	200	200	200
日用品費*2	200	200	200	200	200
おやつ代	100	100	100	100	100
室料差額	0	0	0	0	0
②小計(単位:円)	4,270	4,270	4,270	4,270	4,270
1日当たり(①+②)	5,052	5,098	5,159	5,213	5,264
30日当たり(合計)	151,546	152,933	154,781	156,384	157,924

*1・・・趣味材料費など *2・・・石鹸、シャンプー、タオル、おしぼり、バスタオルなど
介護負担限度額認定証をお持ちの方は、食費・居住費が減額されます。

別紙(入所)

①加算(該当する項目についてのみ加算致します)

項目	単位数	一部負担金 (円/日)	
初期加算(入所から30日)	30 1日	31	
夜勤職員配置加算	24 1日	25	
栄養マネジメント加算	14 1日	14	
療養食加算(1日に3回を限度)	6 1回	6	
外泊時費用	362 月6日限度	372	
外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	800 1日	822	
ターミナルケア加算	死亡日以前4日~30日	160 1日	164
	死亡日前日及び前々日	820 1日	842
	死亡日	1650 1日	1,695
若年認知症入所者受入加算	120 1日	123	
認知症行動心理症状緊急対応加算(7日を限度)	200 1日	205	
認知症情報提供加算	350 1回	359	
緊急時施設療養費	緊急時治療管理	511 1日	525
	特定治療	診療代 1回	診療代
サービス提供体制強化加算(いずれかを算定)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18 1日	18
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12 1日	12
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6 1日	6
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 1日	6
介護職員処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴのいずれかを加算)	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×サービス別加算率[3.9%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数×サービス別加算率[2.9%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数×サービス別加算率[1.6%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	処遇改善加算(Ⅲ)の90/100	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	処遇改善加算(Ⅲ)の80/100	1月

*上記のほかに加算が発生する場合があります。

*端数処理上、若干の誤差が生じる場合がありますのでご了承ください。

②その他の費用(以下の事項については、実費負担となります)。

- ◎インフルエンザ等予防接種料金
- ◎健康診断書等文書作成料
- ◎協力病院および他病院を受診する際の老人医療一部負担金
- ◎業者依頼による私物洗濯代

*上記のほかに実費負担が発生する場合がありますのでご了承ください。

ご不明な点は、事務までお問い合わせ下さい。

〈問い合わせ先〉

介護老人保健施設 小江戸の郷 Tel 049-229-5300

別紙(入所・基本型)

①加算(該当する項目についてのみ加算致します)

項目	単位数	一部負担金 (円/日)	
初期加算(入所から30日)	30 1日	31	
夜勤職員配置加算	24 1日	25	
栄養マネジメント加算	14 1日	14	
療養食加算	6 1回	6	
低栄養リスク改善加算	300 1月	308	
外泊時費用	362 月6日限度	372	
外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	800 1日	822	
短期集中リハ実施加算(入所から3ヵ月以内)	240 1日	246	
認知症短期集中リハ実施加算(入所から3ヵ月以内)	240 1回	246	
認知症情報提供加算(入所中1回を限度)	350 1回	359	
入所前後訪問指導加算	(Ⅰ)	450 1回	462
	(Ⅱ)	480 1回	493
退所時等支援等加算	試行的退所時指導加算	400 1回	411
	退所時情報提供加算	500 1回	514
	退所前連携加算	500 1回	514
	訪問看護指示加算	300 1回	308
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125 1回	128	
地域連携診療計画情報提供加算	300 1回	308	
排せつ支援加算	100 1月	103	
褥瘡マネジメント加算	10 1月	10	
経口維持加算	経口維持加算(Ⅰ)	400 1月	411
	経口維持加算(Ⅱ)	100 1月	103
口腔衛生管理体制加算	30 1月	31	
口腔衛生管理加算	90 1月	92	
緊急時治療管理	511 1日	525	
所定疾患施設療養	(Ⅰ)	235 1日	241
	(Ⅱ)	475 1日	488
サービス提供体制強化加算(いずれかを算定)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18 1日	18
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12 1日	12
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6 1日	6
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 1日	6
介護職員処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴのいずれかを加算)	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×サービス別加算率[3.9%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数×サービス別加算率[2.9%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数×サービス別加算率[1.6%]	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	処遇改善加算(Ⅲ)の90/100	1月
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	処遇改善加算(Ⅲ)の80/100	1月

*上記のほかに加算が発生する場合があります。

*端数処理上、若干の誤差が生じる場合がありますのでご了承ください。

②**その他の費用**(以下の事項については、実費負担となります)。

- ◎インフルエンザ等予防接種料金
- ◎健康診断書等文書作成料
- ◎協力病院および他病院を受診する際の老人医療一部負担金
- ◎業者依頼による私物洗濯代

***上記のほかに実費負担が発生する場合がありますのでご了承ください。**

ご不明な点は、事務までお問い合わせ下さい。

〈問い合わせ先〉

介護老人保健施設 小江戸の郷 Tel **049-229-5300**