

重 要 事 項 説 明 書

基本料金（厚生労働大臣の定める基準による）

（平成 30 年 8 月 1 日改定）

（1）介護老人保健施設サービス費（I）

区分	介護報酬告示額（1日当り）					円換算 （10割）	利用者負担① （1割）	利用者負担② （2割）	利用者負担③ （3割）
	施設 サービス費	夜勤体制 加算	サービス提供 体制強化加算	栄養マネジ メント加算	合計				
要介護1	698単位	24単位	18単位	14単位	754単位	7,540円/日	754円/日	1,508円/日	2,262円/日
要介護2	743単位	24単位	18単位	14単位	799単位	7,990円/日	799円/日	1,598円/日	2,397円/日
要介護3	804単位	24単位	18単位	14単位	860単位	8,600円/日	860円/日	1,720円/日	2,580円/日
要介護4	856単位	24単位	18単位	14単位	912単位	9,120円/日	912円/日	1,824円/日	2,736円/日
要介護5	907単位	24単位	18単位	14単位	963単位	9,630円/日	963円/日	1,926円/日	2,889円/日

（2）介護老人保健施設サービス費（IV）

区分	介護報酬告示額（1日当り）					円換算 （10割）	利用者負担① （1割）	利用者負担② （2割）	利用者負担③ （3割）
	施設 サービス費	夜勤体制 加算	サービス提供 体制強化加算	栄養マネジ メント加算	合計				
要介護1	684単位	24単位	18単位	14単位	740単位	7,400円/日	740円/日	1,480円/日	2,220円/日
要介護2	728単位	24単位	18単位	14単位	784単位	7,840円/日	784円/日	1,568円/日	2,352円/日
要介護3	788単位	24単位	18単位	14単位	844単位	8,440円/日	844円/日	1,688円/日	2,532円/日
要介護4	839単位	24単位	18単位	14単位	895単位	8,950円/日	895円/日	1,790円/日	2,685円/日
要介護5	889単位	24単位	18単位	14単位	945単位	9,450円/日	945円/日	1,890円/日	2,835円/日

* 入所時、退所時、外泊時等において上記の額に加算等の増減があります。

（3）加算料金・外泊時費用

項目	対象期間	円換算 （10割）	利用者負担④ （1割）	利用者負担⑤ （2割）	利用者負担⑥ （3割）
初期加算	入所日から30日以内	300円/日	30円/日	60円/日	90円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	入所後3ヶ月以内	2,400円/日	240円/日	480円/日	720円/日
認知症短期集中リハビリテーション	入所後3ヶ月以内	2,400円/日	240円/日	480円/日	720円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	1日につき	180円/日	18円/日	36円/日	54円/日
夜勤職員配置加算	1日につき	240円/日	24円/日	48円/日	72円/日
栄養マネジメント加算	1日につき	140円/日	14円/日	28円/日	42円/日
低栄養リスク改善加算		3,000円/日	300円/日	600円/日	900円/日
再入所時栄養連携加算	1回限り	4,000円/回	400円/回	800円/回	1,200円/回
経口移行加算	原則180日	280円/日	28円/日	56円/日	84円/日
経口維持加算Ⅰ	1月につき	4,000円/月	400円/月	800円/月	1,200円/月
経口維持加算Ⅱ	1月につき	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
口腔衛生管理体制加算	1月につき	300円/月	30円/月	60円/月	90円/月
療養食加算	1食につき	60円/食	6円/食	12円/食	18円/食
入所前後訪問指導加算Ⅰ	1回限り	4,500円/回	450円/回	900円/回	1,350円/回
入所前後訪問指導加算Ⅱ	1回限り	4,800円/回	480円/回	960円/回	1,440円/回
試行的退所時指導加算	1回限り ただし試行的な退所を行った場合3回まで算定	4,000円/回	400円/回	800円/回	1,200円/回
退所時情報提供加算	1回限り	5,000円/回	500円/回	1,000円/回	1,500円/回
退所前連携加算	1回限り	5,000円/回	500円/回	1,000円/回	1,500円/回
訪問看護指示加算	1回限り	3,000円/回	300円/回	600円/回	900円/回
ターミナルケア加算	死亡日以前4～30日	1,600円/日	160円/日	320円/日	480円/日
	死亡日前日及び前々日	8,200円/日	820円/日	1,640円/日	2,460円/日
	死亡日	16,500円/日	1,650円/日	3,300円/日	4,950円/日
所定疾患施設療養費Ⅰ	7日	2,350円/日	235円/日	470円/日	705円/日
所定疾患施設療養費Ⅱ	7日	4,750円/日	475円/日	950円/日	1,425円/日
かかりつけ医連携薬剤調整加算		1,250円/日	125円/日	250円/日	375円/日
褥瘡マネジメント加算	3月につき	100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
排泄支援加算	1月につき	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
認知症ケア加算		760円/日	76円/日	152円/日	228円/日
認知症専門ケア加算Ⅰ		30円/日	3円/日	6円/日	9円/日
認知症専門ケア加算Ⅱ		40円/日	4円/日	8円/日	12円/日
認知症情報提供加算 （認知症疾患医療センター等へ紹介）	1回限り	3,500円/回	350円/回	700円/回	1,050円/回
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	1,200円/日	120円/日	240円/日	360円/日
地域連携診療計画情報提供加算	1回限り	3,000円/回	300円/回	600円/回	900円/回
緊急時施設療養費	1月に1回3日限度	5,110円/日	511円/日	1,022円/日	1,533円/日
外泊時費用（所定単位数に代えて）	1月に6日限度	3,620円/日	362円/日	724円/日	1,086円/日
外泊時費用（在宅サービスを利用）		8,000円/日	800円/日	1,600円/日	2,400円/日

《基本料金合計》

①+④、②+⑤又は③+⑥（加算対象の場合）が、法定代理受領の場合の利用者負担額となります。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日、市町村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

利用者負担説明書

区 分		内 容 等
食費		1日当たり 1,880 円、ただし負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載されている食費の負担限度額となります。
居住費		1日当たり 2,000 円、ただし居住費について負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載されている居住費の負担限度額となります。
日常生活費	日用消耗品費	・ 180 円/日・・・全利用者共通料金。
	教養娯楽費	・ 120 円/日・・・全利用者共通料金。
	健康管理費	・ 実費（インフルエンザ予防接種料、医療保険適応外各種検査料等）
	私物洗濯代	・ ご家族または利用者本人での洗濯となります。（1階にコインランドリー設置）
	理美容代	・ 2,100 円（利用料と一緒に請求となります。）散髪希望時は事前に1階窓口にてご家族からの申し込みが必要です。
その他	電気代	・ 一品目 30 円/日（テレビ、冷蔵庫、電気毛布等） ・ 一品目 10 円/日（ラジオ、電気シェーバー等） ※持参される際、及び持ち帰られる際は必ず職員へご報告ください。
	診断書等	・ 公立新小浜病院の診断書・証明書料金表を準用します。
	その他	・ エンゼルケア料 2,000 円（税込み） ・ 医療機関受診及び往診した場合、診療内容が医療保険請求されるものについては、利用者負担（医療保険の一部負担金）が発生します。

* 料金の支払い方法

月ごとの清算とし、毎月月末で締め、翌月 10 日までに請求いたしますので、請求月内に現金または銀行振込みにてお支払いください。なお、銀行振込手数料は利用者負担にてお願いいたします。

また、当施設は、料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。再発行は致しませんので大切に保管してください。

《お支払い時間等のご案内》

平日・祝日・土曜日の午前9時から午後 5 時までとなります。日曜日と時間外は、お支払いができませんのでご了承ください。