

## 介護老人保健施設 浦安ベテルホーム(従来型)予防短期入所療養介護 サービス利用料金表

## ① 介護保険の給付対象となるサービス [1日あたり]

|                  | 要支援1      | 要支援2      |
|------------------|-----------|-----------|
| 基準単位〈多床室〉(在宅強化型) | 672<br>単位 | 834<br>単位 |

## ② 介護保険施設サービスにおける加算

○浦安ベテルホーム 全利用者に算定する加算

|   | 加算項目         | 内容                                                  | 単位数                      |
|---|--------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 | 夜勤体制加算       | 国が定める数の夜勤を行う介護・看護職員が配置されている場合                       | 24/日                     |
| 2 | サービス提供体制強化加算 | I・・・介護福祉士の占める割合が80%以上又は勤続10年以上介護福祉士35%以上であること       | 22/日                     |
|   |              | II・・・介護福祉士の占める割合が60%以上であること                         | 18/日                     |
|   |              | III・・・①介護福祉士の占める割合が50%以上②常勤職員75%以上③勤続7年以上30%以上であること | 6/日                      |
| 3 | 介護職員等処遇改善加算  | 基準に適合している施設が、入所者に対しサービスを行った場合                       | I イ・・・所定単位数に9.0%を乗じた単位数  |
|   |              |                                                     | I ロ・・・所定単位数に9.7%を乗じた単位数  |
|   |              |                                                     | II イ・・・所定単位数に8.6%を乗じた単位数 |
|   |              |                                                     | II ロ・・・所定単位数に9.3%を乗じた単位数 |
|   |              |                                                     | III・・・所定単位数に6.9%を乗じた単位数  |
|   |              |                                                     | III・・・所定単位数に5.9%を乗じた単位数  |

## ○必要に応じて算定する加算

|    |                     |                                                                                                                        |          |
|----|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 4  | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ    | 在宅療養支援等指標 70以上など要件を満たした場合                                                                                              | 51/日     |
| 5  | 個別リハビリテーション実施加算     | 事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、それに基づき、個別リハビリテーションを行った場合                                        | 240/日    |
| 6  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算    | 認知症日常生活自立度Ⅲ以上であって、認知症行動・心理症状があり、在宅生活が困難であると医師が判断した場合。利用開始日から起算して7日を限度とする                                               | 200/日    |
| 7  | 若年性認知症利用者受入対応加算     | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている場合                                                                                        | 120/日    |
| 8  | 送迎加算                | 送迎を行った場合(片道あたり)                                                                                                        | 184/回    |
| 9  | 療養食加算               | 医師の指示(食事箋)に基づく治療食の提供を行った場合(日に3回が限度)                                                                                    | 8/日      |
| 10 | 緊急時治療管理             | 施設内で救命救急医療を行った場合                                                                                                       | 518/日    |
| 11 | 特定治療                | やむを得ない事情により行われるリハビリテーション・処置・手術・麻酔・放射線治療を行った場合                                                                          | 診療報酬に基づく |
| 12 | 総合医学管理加算            | 治療管理を目的として以下の基準に従い居宅サービス計画で計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合。(7日を限度)<br>・投薬、検査、注射、処置を行い記録をしていること。<br>・かかりつけ医に情報提供していること。 | 275/日    |
| 13 | 口腔連携強化加算            | 口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合                                                             | 50/回     |
| 14 | 認知症専門ケア加算<br>(Ⅰ)(Ⅱ) | (Ⅰ)介護を必要とする認知症の方の占める割合が2分の1以上、かつ、認知症介護の専門的な研修を修了している者を配置している場合                                                         | 3/日      |
|    |                     | (Ⅱ)(Ⅰ)に加え認知症ケアの指導等を実施しており、認知症ケアの研修計画を作成し研修を実施または実施予定の場合                                                                | 4/日      |

\* 今後、職員配置もしくはサービス提供体制の変更により、加算は変更される場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第4条参照)

【食費】 1日のうちで召し上がった食数分の食費を負担していただきます。

|     | 1食召し上がった場合 | 2食召し上がった場合 | 3食召し上がった場合 |
|-----|------------|------------|------------|
| 合計額 | 900円       | 1,480円     | 2,000円     |
| 単価  | 1食目 900円   | 2食目 580円   | 3食目 520円   |

【居住費・食費】 [日額]

| 利用者負担段階 |                       |                                   | ①居住費 | ②食費    |
|---------|-----------------------|-----------------------------------|------|--------|
| 第1段階    | 世帯全員が<br>市民税<br>非課税の方 | 老齢福祉年金受給者又は<br>生活保護受給者            | 0円   | 300円   |
| 第2段階    |                       | 年間収入額の合計が年間<br>82.65万円以下の方        | 430円 | 600円   |
| 第3段階①   |                       | 年間収入額の合計が年間82.65<br>万円以上120万円以下の方 | 430円 | 1,030円 |
| 第3段階②   |                       | 年間収入額の合計が年間<br>120万円以上の方          | 430円 | 1,360円 |
| 第4段階    | 上記以外の方                |                                   | 437円 | 2,000円 |

※2021年8月から次のいずれかに該当する場合、非課税世帯であっても対象とならない場合があります。

- ・ 市民税非課税世帯でも世帯分離をしている配偶者が市民税課税の場合。
- ・ 市民税非課税世帯(世帯分離している配偶者も非課税)でも収入に応じて預貯金等が  
単身500万円～650万円、夫婦1500万円～1650万円を超える場合。

※対象の方は介護保険負担限度額認定証のご提示をお願いいたします。

【その他のサービス】

|         |        |                                                                                             |
|---------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日用品費    | 実費     | ご希望により業者との直接契約となります。(提供内容)<br>バスタオル・フェイスタオル・おしぼり・歯ブラシorハミング<br>ット・歯磨き粉・シャンプー・ボディーソープ・ハンドソープ |
| おやつ代    | 100円/回 | ご希望された場合、1回100円                                                                             |
| 教養娯楽費   | 実費     | 教養娯楽で使用する材料費等の実費相当額                                                                         |
| 行事参加費   | 実費     | 施設で行う行事に参加される場合の実費相当額                                                                       |
| クラブ材料費  | 実費     | クラブ参加時の材料費等の実費相当額                                                                           |
| 理美容費    | 実費     | ご希望により理美容出張サービスを利用した場合                                                                      |
| 洗濯代     | 実費     | 業者洗濯を利用した場合(業者との直接契約となります)                                                                  |
| 電気代     | 30円/日  | 電化製品をご利用の場合(別途お申込が必要となります)                                                                  |
|         | 60円/日  | 冷蔵庫をお持ちされた場合(別途お申込が必要となります)                                                                 |
| TVレンタル代 | 100円/日 | テレビの貸し出しをした場合(別途お申込が必要となります)                                                                |
| 写真代     | 実費     | ご希望の場合                                                                                      |
| コピー代    | 10円/枚  | ご希望の場合                                                                                      |
| 切手代     | 実費     | ご希望の場合                                                                                      |
| キャンセル料  | 実費     | 初日の予定食数分の食費相当額<br>(利用予定日の前々日(土日祝を除く)の17時00<br>分までにご連絡がなかった場合)                               |
| 各種文書代   | 実費     | 文書作成を行った場合                                                                                  |

\* 介護保険の改正、社会情勢上やむを得ない事由等で、ご利用額を変更することがあります。  
変更の際は、変更内容及びその事由について、事前にご契約者及びご家族等に通知いたします。

【サービス基本料金 早見表】〔日額・食事を3食召し上がった場合〕  
**基本料金(1割負担)** ※ 負担割合に応じた料金になります。  
**【内訳】(基準単位①+加算1・2・3)×地域加算10.68、居住費・食費を含む**

|       | 要支援1   | 要支援2   |
|-------|--------|--------|
| 第1段階  | 1,142円 | 1,331円 |
| 第2段階  | 1,872円 | 2,061円 |
| 第3段階① | 2,302円 | 2,491円 |
| 第3段階② | 2,632円 | 2,821円 |
| 第4段階  | 3,279円 | 3,468円 |

**基本料金(2割負担)** ※介護保険負担割合証をご確認ください。  
**【内訳】(基準単位①+加算1・2・3)×地域加算10.68、居住費・食費を含む**

|      | 要支援1   | 要支援2   |
|------|--------|--------|
| 第4段階 | 4,120円 | 4,499円 |

**基本料金(3割負担)** ※介護保険負担割合証をご確認ください。  
**【内訳】(基準単位①+加算1・2・3)×地域加算10.68、居住費・食費を含む**

|      | 要支援1   | 要支援2   |
|------|--------|--------|
| 第4段階 | 4,962円 | 5,529円 |