

# 越南苑 入所 利用料金表

## 介護保険1割負担分

1日分の料金です 単位:円

項目	要介護度	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
基本報酬 介護保健施設サービス費(Ⅰ)(Ⅳ)		871	947	1,014	1,072	1,125
夜勤職員配置加算		24				
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		51				
サービス提供体制強化加算		(Ⅰ)22				
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(1月1回)		(Ⅰ)53 (Ⅱ)33				
褥瘡マネジメント加算(1月1回)		(Ⅰ)3 (Ⅱ)13				
認知症ケア加算(寿棟・松棟)		76				
経口維持加算(1月1回)		(Ⅰ)400 (Ⅱ)100 (Ⅰ・Ⅱ同時算定可能)				
短期集中リハビリテーション実施加算		(Ⅰ)258 (Ⅱ)200 (入所後3月以内)				
認知症短期集中リハビリテーション実施加算		(Ⅰ)240 (Ⅱ)120 (入所後3月以内 週3日を限度)				
初期加算(入所から30日間のみ)		(Ⅰ)60 (Ⅱ)30				
安全対策体制加算(入所時1回)		20				
外泊時費用(1日不在の場合)		362 (基本介護報酬は算定しない 1月に6日を限度)				
外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)		800 (基本介護報酬は算定しない 1月に6日を限度)				
所定疾患施設療養費(Ⅰ)(Ⅱ)		(Ⅰ)239 (1月1回連続する7日を限度) (Ⅱ)480 (1月1回連続する10日を限度) (肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪の治療を行った場合)				
緊急時治療管理加算		518 (緊急的な治療を行った場合1月1回連続する3日を限度)				
ターミナルケア加算		死亡日 1,900 死亡日前日～前々日 910 死亡日以前4日～30日 160 死亡日以前31日～45日 72				
療養食加算(1回6単位、1日3回限度)		6 (糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食など特別食を提供した場合)				
栄養マネジメント強化加算		11				
口腔衛生管理加算(1月1回)		(Ⅰ)90 (Ⅱ)110				
再入所栄養連携加算(1回)		200				
排せつ支援加算(1月1回)		(Ⅰ)10 (Ⅱ)15 (Ⅲ)20				
若年性認知症入所者受入加算		120				
認知症行動、心理症状緊急対応加算		200 (入所から7日を限度)				
認知症専門ケア加算		(Ⅰ)3 (Ⅱ)4				
認知症チームケア推進加算(1月1回)		(Ⅰ)150 (Ⅱ)120				
かかりつけ医連携薬剤調整加算(1回)		(Ⅰ)1140 (Ⅰ)170 (Ⅱ)240 (Ⅲ)100				
新興感染症等施設療養費		240 (1月1回連続する5日を限度)				
自立支援促進加算(1月1回)		300				
退所時栄養情報連携加算(1回)		70				
入所前後訪問指導加算(1回)		(Ⅰ)450 (Ⅱ)480				
退所時等支援加算(1回)		試行的退所時指導加算400 退所時情報提供加算(Ⅰ)500 退所時情報提供加算(Ⅱ)250 入退所前連携加算(Ⅰ)600 入退所前連携加算(Ⅱ)400				

協力医療機関連携加算(1月1回)	<b>2024年度</b>	(1)100 (2)5
	<b>2025年度～</b>	(1)50 (2)5
高齢者施設等感染対策向上加算(1月1回)	(I)10 (II)5	
生産性向上推進体制加算(1月1回)	(I)100 (II)10	
科学的介護推進体制加算(1月1回)	(I)40 (II)60	
介護職員等処遇改善加算(I)	合計単位の7.5%	

※『介護保険負担割合証』が2割の方は2倍、3割の方は3倍の負担となります。

## 保険外負担分

食事代	朝食490円	昼食 700円	夕食 610円
居住費(外泊時も徴収)	<b>2024年4月～7月</b>	477円	
	<b>2024年8月～</b>	537円	
電気使用料	1点1日 80円		
理美容代	1,000～9,000円		
私物洗濯代(ドライクリーニング等)	実費		
予防接種代	実費		

※『介護保険負担限度額認定証』をお持ちの方

食事代(1日)	1段階:300円	2段階:390円	3段階①:650円	3段階②:1,360円
居住費(1日)				
<b>2024年4月～7月</b>	1段階:0円	2段階:370円	3段階:370円	
<b>2024年8月～</b>	1段階:0円	2段階:430円	3段階:430円	
高額介護サービス(1月)	1段階・2段階:15,000円		3段階:24,600円	

## その他費用

立替金(病院受診費・売店買い物代・行事おやつ代・テレビカード代・クラブ活動費等)	実費
文書料(各種証明書料・診断書料等)	実費

上記以外でも個人負担が適当と認められるものについては、ご請求させていただきます。

年 月 日

利用料金表について、説明を受け、同意して署名致します。(契約書に添付し利用者と事業者夫々1部ずつ保有する)

説明者(支援相談員) \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_

同意者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)