

西尾老人保健施設 通所リハビリテーション利用料

平成 29 年 4 月 1 日改定

①介護保険一部負担金：1日あたり

(単位：円)

ご利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6時間以上8時間未満	697	839	982	1,124	1,266
4時間以上6時間未満	536	638	741	842	944
3時間以上4時間未満	426	500	573	646	719
2時間以上3時間未満	330	384	437	491	544
1時間以上2時間未満	316	346	373	402	430

※ご家族送迎の場合、片道あたり47円減額されます。

②ご利用者様の心身状況やご希望に応じてかかる費用：1日あたり

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	18
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ（月4回以上利用）	230（1ヶ月あたり）
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（開始日から6ヶ月以内）	1,020（1ヶ月あたり）
〃（開始日から6ヶ月以降）	700（1ヶ月あたり）
短期集中個別リハビリテーション加算	110
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920（1ヶ月あたり）
入浴介助加算	50
栄養改善加算（月2回まで）	150
口腔機能向上加算（月2回まで）	150
若年性認知症利用者受入加算	60
延長加算（通算8時間以上9時間未満）	50
（通算9時間以上10時間未満）	100
重度療養管理加算（要介護3、4、5の認定で医学的管理が必要な方）	100
中重度者ケア体制加算	20
生活行為向上リハビリテーション実施加算（開始月から3ヶ月以内）	2,000（1ヶ月あたり）
〃（開始月から3ヶ月超6ヶ月以内）	1,000（1ヶ月あたり）
社会参加支援加算	12

②その他・・・区分支給限度基準額の算定には含まれません。

介護職員処遇改善加算	1ヶ月の合計単位数（介護保険給付にかかる自己負担分）の 4.7%
地域加算	1単位を10.33円として計算し、総額の1割がご家族負担となります

③介護保険対象外の費用

昼食代	770
日用品（1日あたり）	実費（上限あり）日用品費内訳参照
紙おむつ パンツタイプ（1枚あたり）	165
尿取りパット（1枚あたり） 大・中・小	大82、中51、小31

西尾老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション利用料

平成 29 年 4 月 1 日改定

① 共通サービス

(単位：円 1ヶ月あたり)

	要支援 1	要支援 2
介護予防通所リハビリテーション費	1,812	3,715
サービス提供体制強化加算	72	144
事業所評価加算	120	

② 選択サービス

運動器機能向上加算	225
栄養改善加算	150
口腔機能向上加算	150
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	480
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	700

③ その他・・・区分支給限度基準額の算定には含まれません。

介護職員処遇改善加算	1ヶ月の合計単位数（介護保険給付にかかる自己負担分）の 4.7%
地域加算	1単位を 10.33 円として計算し、総額の 1 割がご家族負担となります

④ 介護保険対象外の費用

食費（昼食・おやつ）※1日あたり	770
日用品 ※1日あたり	実費（上限あり）日用品費内訳参照

日用品費内訳

カテゴリー	項目	単価
教養娯楽品	学習用ファイル（ノート）	100円/冊
	色鉛筆	80円/回
	教材	20円/枚
	鉛筆	50円/回
	消しゴム	50円/回
	折り紙	10円/枚
身の回り品	義歯ブラシ	250円/本
	髭剃り刃	128円/枚
	ポリデント	10円/回
	歯磨き粉	10円/回
	ローション	30円/回
	石鹸	50円/回
	ウェットティッシュ	3円/枚
	おしぼり	100円/日
	ストロー	10円/本
	ティッシュ	50円/日
	ペーパータオル	50円/日
	箸、スプーン	各20円/回

西尾老人保健施設 介護老人保健施設サービス利用料（長期入所）

平成 29 年 4 月 1 日改定

① 利用者共通の費用：1 日あたり（単位：円）

介護老人保健施設サービス費(1) (iv) (多床室)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	812	886	948	1004	1059
夜勤職員配置加算	24				
栄養マネジメント加算	14				
サービス提供体制強化加算 (I)	18 (介護福祉士 50%以上)				
合計	868	942	1004	1060	1115

※おむつ代は施設サービス費に含まれます。

② 利用者共通の費用：1 月あたり

□ 口腔衛生管理体制加算	30
□ 口腔衛生管理加算	110

③ ご利用者の身体状況、ご希望等に応じてかかる費用

初期加算	(入所後 30 日間)	1 日	30
療養食加算	(医師の指示が必要)	1 日	18
短期集中リハビリテーション実施加算	(週 3 日以上、入所後 3 ヶ月間)	1 日	240
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	(週 3 日、入所後 3 ヶ月間)	1 日	240
認知症ケア加算	(当施設 4 階ご利用者)	1 日	76
経口移行加算	(経管栄養から経口栄養に移行する場合)	1 日	28
経口維持加算 I	(誤嚥が認められた最初の 6 ヶ月間)	1 月	400
経口維持加算 II	(誤嚥が認められた場合)	1 月	100
ターミナルケア加算 I		当日	1650
ターミナルケア加算 II		2~3 日	820
ターミナルケア加算 III		4~30 日	160
緊急時治療管理	(救命救急治療が必要となる場合、連続する 3 日間)	1 日	511
特定治療	(医科診療報酬点数表により算定)	1 日	
所定疾患施設療養費	(肺炎・尿路感染・带状疱疹、連続する 7 日間)	1 日	305
地域連携診療計画 情報提供加算	(医療機関から入所される場合)	1 回のみ	300
若年性認知症受入加算	(40 歳~64 歳)	1 日	120
認知症行動・心理症状緊急対応加算	(医師の指示が必要、7 日間)	1 日	200
認知症情報提供加算		1 日	350
入所前後訪問指導加算 I		1 回のみ	450
入所前後訪問指導加算 II		1 回のみ	480
外泊時費用	(1 ヶ月間に 7 泊 8 日限度)		362
退所前 訪問指導加算		1 回	460
退所後 訪問指導加算		1 回	460
退所時指導加算	(入所者及び家族に対する療養上の指導)	1 回	400
退所時情報提供加算	(在宅の主治医に対する情報提供)	1 回	500
退所前連携加算	(居宅ケアマネージャーに情報提供)	1 回	500
老人訪問看護指示加算	(退所後に訪問看護を利用する方)	1 回	300

長期入所は送迎サービスがございません。

④ その他

介護職員処遇改善加算	1 ヶ月の合計単位数（介護保険給付にかかる自己負担分）の 3.9%
地域加算	1 単位を 10.27 円として計算し、総額の 1 割がご家族負担分となります

⑤ 介護保険給付対象外：1 日あたり（円）

食費	1890	(朝食:420 円・昼食:770 円・夕食:700 円)
居住費（光熱水費相当）	370	
日用品	実費（上限：250）	※詳細は別紙参照

食費は所得に応じた減額制度があります。詳細は支援相談員にご相談ください。

西尾老人保健施設 短期入所療養介護（ショートステイ） 利用料金

平成 29 年 4 月 1 日改定

① 利用者共通の費用：1 日あたり（単位：円）

短期入所療養介護費 (I) c (iv) <多床室>	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	867	941	1,003	1,059	1,114
夜勤職員配置加算	24（利用者 40 名以下で 1 名配置）				
サービス提供体制強化加算（I）	18（介護職員のうち介護福祉士 60%以上）				
共通費用合計	909	983	1,045	1,111	1,156

※おむつ代は療養介護費に含まれます。

②ご利用者の身体状況、ご希望に応じてかかる費用

送迎/片道	1 回	184
個別リハビリテーション加算 (ケアプランの提出が必要)	1 日	240
療養食加算（医師の指示が必要）	1 日	23
認知症ケア加算（4 階認知症専門棟ご利用者）	1 日	76
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7 日を上限、医師の判断が必要)	1 日	200
若年性認知症受入加算 (認知症行動・心理症状緊急対応加算との併用不可)	1 日	120
重度療養管理加算 (要介護 4,5 医学的管理が必要な方)	1 日	120
緊急短期入所受入加算 (7 日を上限)	1 日	90
緊急時施設療養費①緊急時治療管理 (1 月 3 日を上限)	1 日	511
緊急時施設療養費②特定治療 (医科診療報酬点数表より算定、間欠的導尿など)		

③その他：区分支給限度基準額の算定には含まれません

介護職員処遇改善加算	1 ヶ月の合計単位数（介護保険給付にかかる自己負担分）の 3.9%
地域加算	1 単位を 10.27 円として計算し、総額の 1 割がご家族負担分となります

④介護保険給付対象外：1 日あたり（円）

食費	1890	(朝食 420 円・昼食 770 円・夕食 700 円)
居住費（光熱水費相当）	370	
日用品	実費（上限：250）	※詳細は別紙参照

西尾老人保健施設 その他の利用料金

平成 29 年 4 月 1 日

(長期入所・短期入所ご利用の方対象)

個人所有の電化製品のコンセント代 (例) 電気毛布、持込 TV、携帯電話充電器	54 円 (1 日 1 コンセント、税込)
理美容代 (事前予約が必要です)	1,000 円 (カット) / 1,000 円 (顔そり)
私物洗濯費用 (別途契約が必要です)	5,140 円 ~ (1 ヶ月)
TV カード (1 階に自販機があります)	1,000 円 (1 枚あたり 900 分)
文書作成料	実費
公衆電話使用料 テレホンカードの使用はできません 1 階に設置されています	実費
介護用品 (例) リハビリシューズ、自助具、 歯ブラシ等の購入ができます	実費
歯科往診 医療保険による往診治療が可能です	実費

介護保険負担限度額認定のお知らせ

低所得の方は居住費・食費が負担減額となる制度が平成 17 年 10 月 1 日より設けられました。
市町村が発行する「介護保険負担限度額認定証」をご提示下さい。有効期間は 1 年です。

利用者負担段階	参考 (市民税非課税)	食費 (1 日あたり)	居住費
第 1 段階	生活保護受給者の方	300 円	0 円
第 2 段階	合計年収 80 万以下の方	390 円	370 円
第 3 段階	非課税となる収入額が場 合に応じ変化するので市役所 にご確認をお願いします。	650 円	370 円
第 4 段階	市民税課税世帯の方	1,890 円	370 円

お手続き方法

- ①市町村の介護保険担当窓口にご相談。
- ②軽減の対象となる場合は申請書類を記入。
- ③後日「介護保険負担限度額認定証」交付、ご自宅に郵送されます。
「介護保険負担限度額認定証」を施設にご提示下さい。

日用品費内訳

カテゴリー	項目	単価
教養娯楽品	学習用ファイル（ノート）	100 円/冊
	色鉛筆	80 円/回
	教材	20 円/枚
	鉛筆	50 円/回
	消しゴム	50 円/回
	折り紙	10 円/枚
身の回り品	義歯ブラシ	250 円/本
	髭剃り刃	128 円/枚
	ポリデント	10 円/回
	歯磨き粉	10 円/回
	ローション	30 円/回
	石鹸	50 円/回
	ウェットティッシュ	3 円/枚
	おしぼり	100 円/日
	ストロー	10 円/本
	ティッシュ	50 円/日
	ペーパータオル	50 円/日
	箸、スプーン	各 20 円/回