

介護老人保健施設ビーブル神石三和 入所利用料金表

令和7年4月1日

1、基本料金について

※当施設の定員は83名です。

| 居室のタイプ | 要介護度 | 基本料金   | 居住費    | 特別な室料 | 食事       | 1日概算料金   | 1ヶ月概算料金  |
|--------|------|--------|--------|-------|----------|----------|----------|
| 個室     | 要介護① | 717円   | 1,728円 | 0円    | 1,900円   | 4,345円   | 130,350円 |
|        | 要介護② | 763円   |        |       | (朝食500円) | 4,391円   | 131,730円 |
|        | 要介護③ | 828円   |        |       | (昼食750円) | 4,456円   | 133,680円 |
|        | 要介護④ | 883円   |        |       | (夕食650円) | 4,511円   | 135,330円 |
|        | 要介護⑤ | 932円   |        |       | 4,560円   | 136,800円 |          |
| 2人部屋   | 要介護① | 793円   | 437円   | 440円  | 1,900円   | 3,570円   | 107,100円 |
|        | 要介護② | 843円   |        |       | (朝食500円) | 3,620円   | 108,600円 |
|        | 要介護③ | 908円   |        |       | (昼食750円) | 3,685円   | 110,550円 |
|        | 要介護④ | 961円   |        |       | (夕食650円) | 3,738円   | 112,140円 |
|        | 要介護⑤ | 1,012円 |        |       | 3,789円   | 113,670円 |          |
| 4人部屋   | 要介護① | 793円   | 437円   | 0円    | 1,900円   | 3,130円   | 93,900円  |
|        | 要介護② | 843円   |        |       | (朝食500円) | 3,180円   | 95,400円  |
|        | 要介護③ | 908円   |        |       | (昼食750円) | 3,245円   | 97,350円  |
|        | 要介護④ | 961円   |        |       | (夕食650円) | 3,298円   | 98,940円  |
|        | 要介護⑤ | 1,012円 |        |       | 3,349円   | 100,470円 |          |

2、加算について

| 入所時加算項目                  | 金額     | 算定項目  | 対象              | 対象                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |
|--------------------------|--------|-------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算                     | I      | 60円   | 1日につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院した方について加算します。                                                                        |
|                          | II     | 30円   | 1日につき           | 全員                                                                                                                                                                                             | 入所日から30日以内の期間について加算します。                                                                                            |
| 短期集中リハビリテーション実施加算        | I      | 258円  | 1日につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 入所日から3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行い、かつ、入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合に加算します。 |
|                          | II     | 200円  | 1日につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 入所日から3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っている場合に加算します。                                                                          |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算   | 33円    | 1月につき | 対象者             | リハビリテーションを計画し、実施した場合に加算します。                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算          | 51円    | 1日につき | 全員              | 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなったものの占める割合が30%を超えている場合に加算します。                                                                                                               |                                                                                                                    |
| ターミナルケア加算                | 72円    | 1日につき | 対象者             | 死亡日45日前～31日前                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |
|                          | 160円   | 1日につき | 対象者             | 死亡日30日前～4日前                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
|                          | 910円   | 1日につき | 対象者             | 死亡日前々日、前日                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                    |
|                          | 1,900円 | 1日につき | 対象者             | 死亡日                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                    |
| 外泊時費用                    | 362円   | 1日につき | 対象者             | 外泊した場合、外泊初日と最終日を除いて、基本料金に替えて左記の金額とします。(ただし月6日を限度とする)                                                                                                                                           |                                                                                                                    |
| 外泊時費用<br>(在宅サービスを利用する場合) | 800円   | 1日につき | 対象者             | 外泊した場合、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合に、外泊初日と最終日を除いて、基本料金に替えて左記の金額とします。(ただし月6日を限度とする)                                                                                                            |                                                                                                                    |
| 入所前後訪問指導加算(I)            | 450円   | 1回につき | 対象者             | 入所前または入所後居室において入所者及びその家族に退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に加算。                                                                                                                                |                                                                                                                    |
| 入退所前連携加算(I)              | 600円   | 1回につき | (I)と(II)を実施した場合 | (I)入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し退所後の居宅サービス等の利用方針を定め、(II)退所に先立って入所者が希望する指定居宅介護支援事業者に本人の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービスに必要な情報提供を行い、指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスに関する調整を行なった場合に加算します。 |                                                                                                                    |
| 入退所前連携加算(II)             | 400円   | 1回につき | (II)を実施した場合     | (II)を実施した場合                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| 退所時情報提供加算                | I      | 500円  | 1回につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 居宅へ退所した場合                                                                                                          |
|                          | II     | 250円  | 1回につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 医療機関へ退所した場合                                                                                                        |
| 自立支援促進加算                 | 300円   | 1月につき | 対象者             | 支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、少なくとも「3月に1回」見直すことで算定します。                                                                                                                                                |                                                                                                                    |
| 協力医療機関連携加算               | I      | 50円   | 1月につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | 要件を満たす場合                                                                                                           |
|                          | II     | 5円    | 1月につき           | 対象者                                                                                                                                                                                            | それ以外の場合                                                                                                            |

| 入所時加算項目         |   | 金額                    | 算定項目              | 対象  | 対象                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---|-----------------------|-------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 退所時栄養情報連携加算     |   | 70円                   | 退所時に1回のみ          | 対象者 | 管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、栄養管理に関する情報を提供した場合                                                                                                                                                                             |
| 経口移行加算          |   | 28円                   | 1日につき             | 対象者 | 経管により食事を摂取する入所者を経口摂取に移行する為、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合180日を限度として基本料金に左記の金額を加算します(医師の指示により180日以降も実施する場合あり)。                                                                                                                  |
| 経口維持加算(Ⅰ)       |   | 400円                  | 1月につき             | 対象者 | 著しい誤嚥が認められる者を対象として、入所者の経口摂取を維持する為、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合6ヶ月を限度として基本料金に左記の金額を加算します。                                                                                                                                     |
| 経口維持加算(Ⅱ)       |   | 100円                  | 1月につき             | 対象者 | 経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するため医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算します。                                                                                                                                  |
| 療養食加算           |   | 6円                    | 1食につき             | 対象者 | 医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合、基本料金に左記の金額を加算します。                                                                                                                                                                             |
| 緊急時治療加算         |   | 518円                  | 1日につき             | 対象者 | 入所者の病状が著しく変化した場合、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合、月3日を限度に加算します。                                                                                                                                                      |
| 所定疾患施設療養費       |   | 480円                  | 1日につき             | 対象者 | 入所者が肺炎や尿路感染症などの疾病を発病した場合に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合、連続する10日を限度に加算します。                                                                                                                                                   |
| 高齢者施設等感染対策向上加算  | Ⅰ | 10円                   | 1月につき             | 対象者 | ・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。<br>・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応すること。<br>・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。 |
|                 | Ⅱ | 5円                    | 1月につき             | 対象者 | 医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実施指導を受けている場合。                                                                                                                                                                 |
| 新興感染症等施設療養費     |   | 240円                  | 1日につき             | 対象者 | 厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調節等を行う医療機関を確保し、かつ、感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定します。                                                                                              |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)   |   | 3円                    | 1月につき             | 対象者 | 入所者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合。                                                                                                                                                   |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)   |   | 13円                   | 1月につき             | 対象者 | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定している場合であって評価の結果、入所者に褥瘡の発生がない場合。                                                                                                                                                                    |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)   |   | 10円                   | 1月につき<br>(3ヶ月に1回) | 対象者 | 厚生労働省の定める基準により継続的に入所者ごとの褥瘡管理を行った場合。                                                                                                                                                                                |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)      |   | 10円                   | 1月につき             | 対象者 | 排泄障害等のため、排泄に介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し支援した場合。                                                                                                                                                                   |
| 排せつ支援加算(Ⅱ)      |   | 15円                   | 1月につき             | 対象者 | 排せつ支援加算(Ⅰ)の要件を満たしており排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善しいずれにも悪化がない、又はオムツ使用ありからオムツ使用なしに改善した場合に加算します。                                                                                                                                |
| 排せつ支援加算(Ⅲ)      |   | 20円                   | 1月につき             | 対象者 | 排せつ支援加算(Ⅰ)の要件を満たしており排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善しいずれにも悪化がない、かつオムツ使用ありからオムツ使用なしに改善した場合に加算します。                                                                                                                                |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)  |   | 60円                   | 1月につき             | 全員  | 心身の状況等に係る基本的な情報、加えて疾病の状況や服薬情報を厚生労働省に提出した場合に加算します。                                                                                                                                                                  |
| 安全対策体制加算        |   | 20円                   | 入所時に1回のみ          | 全員  | 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算します。                                                                                                                                                   |
| 夜勤職員配置加算        |   | 24円                   | 1日につき             | 全員  | 夜勤職員の加配要件を満たす場合に加算します。                                                                                                                                                                                             |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) |   | 6円                    | 1日につき             | 全員  | 3年以上の勤続年数のある者が30%配置されている場合に加算します。                                                                                                                                                                                  |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)  |   | 各種加算減算を加えて算定した金額の7.1% |                   | 全員  | 介護職員等処遇改善交付金を介護職員等の賃金改善に充てることを目的とします。                                                                                                                                                                              |

※入所時加算項目は、基本料金に加算します。

※ご利用者様全員、もしくは該当される方に対して算定します。詳しくは当施設の支援相談員にお問い合わせください。

※被爆者健康手帳をお持ちの方は、保険給付の自己負担額が公費負担されます。

※おむつ代は、上記負担額に含まれます。

※平成27年8月以降は介護保険負担割合証に記載された割合(1割・2割・3割)のお支払いとなります。

**2割負担の方は、介護保険個人負担額+加算が2倍になります。**

**3割負担の方は、介護保険個人負担額+加算が3倍になります。**

(今後利用料金表の改定をすることがあります。)

### 3、食費・居住費の介護保険負担限度額認定者の方

| 項目            | 金額           |          | 備考       |
|---------------|--------------|----------|----------|
| 居住に要する費用(居住費) | 【第1段階負担限度額】  |          |          |
|               | 従来型個室        | 550円/日   |          |
|               | 多床室          | なし       |          |
|               | 【第2段階負担限度額】  |          |          |
|               | 従来型個室        | 550円/日   |          |
|               | 多床室          | 430円/日   |          |
|               | 【第3段階負担限度額】  |          |          |
|               | 従来型個室        | 1,370円/日 |          |
|               | 多床室          | 430円/日   |          |
| 食事提供に要する費用    | 【第1段階負担限度額】  |          | 300円/日   |
|               | 【第2段階負担限度額】  |          | 390円/日   |
|               | 【第3段階①負担限度額】 |          | 650円/日   |
|               | 【第3段階②負担限度額】 |          | 1,360円/日 |

### 4、その他の費用内訳

| 項目           | 金額           |               | 備考                                |
|--------------|--------------|---------------|-----------------------------------|
| 電気代          | 55円/日        |               | 持ち込み電気製品1品につき                     |
| 散髪代          | 1,600円/回     |               | 希望者(顔そり希望者は2,000円)                |
| 洗濯代          | 550円/回(1ネット) |               | 希望者                               |
| 行事費用         | 実費           |               | ご家族と一緒に催しされる主な年間行事にかかる費用          |
| インフルエンザ予防接種代 | 1回           | 実費            | インフルエンザ予防接種等感染予防にかかる費用で接種を希望された場合 |
| 診断書代         | 1件           | 3,300円～5,500円 | 一般診断書・死亡診断書など                     |
| コピー代         | 1枚           | 10円           | 複写物・各種申請紙・請求書兼領収書の再発行             |
| 死後の処置料       | 11,000円      |               | 死後の処置にかかる費用                       |

#### ※「国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)」に該当する利用者等の負担額について

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人(あるいは代理人の方)が、ご本人の住所地の市町に申請し、市町より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。
- 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、次のような方です。
  - 【利用者負担第1段階】  
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
  - 【利用者負担第2段階】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方
  - 【利用者負担第3段階①】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の方
  - 【利用者負担第3段階②】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の方
- 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所し、その利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となる場合があります。

**その他に預貯金等の条件もありますので、詳細については市町窓口でおたずね下さい。**