

介護老人保健施設 若葉が丘 入所 利用料金表(令和7年4月~)

(1)要介護度別料金及び加算料金

従来型個室 居住費 : 1,772円／1日 特別な室料(1人室) : 4,400円／1日(税込) 食事負担額 : 2,447円／1日(朝・昼・おやつ・夕)
多床室 居住費 : 476円／1日 特別な室料(2人室) : 2,200円／1日(税込) 食事負担額 : 2,447円／1日(朝・昼・おやつ・夕)

*介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は居住費・食事負担額について上限があります。

従来型個室(2F1人部屋)

| 介護度 | 単位 | 在宅強化型(I) ii | | 基本型(I) i | |
|------|-------|-------------------|-----|-------------------|----|
| | | 利用者負担(円) 1日につき | 単位 | 利用者負担(円) 1日につき | 単位 |
| 要介護1 | 788 | 845 | 717 | 769 | |
| 要介護2 | 863 | 926 | 763 | 818 | |
| 要介護3 | 928 | 995 | 828 | 888 | |
| 要介護4 | 985 | 1,056 | 883 | 947 | |
| 要介護5 | 1,040 | 1,115 | 932 | 1,000 | |

多床室(2人部屋・4人部屋・3F1人部屋)

| 介護度 | 単位 | 在宅強化型(I) iv | | 基本型(I) iii | |
|------|-------|-------------------|-------|-------------------|----|
| | | 利用者負担(円) 1日につき | 単位 | 利用者負担(円) 1日につき | 単位 |
| 要介護1 | 871 | 934 | 793 | 850 | |
| 要介護2 | 947 | 1,016 | 843 | 904 | |
| 要介護3 | 1,014 | 1,087 | 908 | 974 | |
| 要介護4 | 1,072 | 1,150 | 961 | 1,031 | |
| 要介護5 | 1,125 | 1,206 | 1,012 | 1,085 | |

加算料金

| 加 算 項 目 | 単位 | 利 用 者 負 担(円) 1日につき | 備 考 欄 |
|--------------------------------|-------|-----------------------|--------------------------|
| 介護職員等遇遇改善加算(I) *厚生労働大臣基準の全てに適合 | — | | 所定単位数×75/1000 R6年6月から |
| サービス提供体制強化加算(I) | 22 | 24 | 1日につき |
| 夜勤職員配置加算 | 24 | 26 | 1日につき |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 | 12 | 1日につき |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I) | 51 | 55 | 在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上であること |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II) | 51 | 55 | 在宅復帰・在宅療養支援等指標が70以上であること |
| 認知症ケア加算 | 76 | 82 | 3F認知症棟入所の方 1日につき |
| 安全対策体制加算 | 20 | 22 | 入所中1回 |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(I) | 53 | 57 | 1月につき (厚労省に情報提出していること) |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(II) | 33 | 36 | 1月につき (厚労省に情報提出していること) |
| 褥瘡マネジメント加算(I) | 3 | 4 | 1月につき |
| 褥瘡マネジメント加算(II) | 13 | 14 | 1月につき |
| 排泄支援加算(I) | 10 | 11 | 1月につき |
| 排泄支援加算(II) | 15 | 16 | 1月につき |
| 排泄支援加算(III) | 20 | 22 | 1月につき |
| 初期加算(I) | 60 | 65 | 入所日から30日以内 |
| 初期加算(II) | 30 | 33 | 入所日から30日以内 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(I) | 258 | 277 | 入所日から3月以内 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(II) | 200 | 215 | 入所日から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 | 258 | 入所日から3月以内 週3回を限度 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II) | 120 | 129 | 入所日から3月以内 週3回を限度 |
| 療養食加算 | 6 | 7 | 1食ごと(1日3食を限度) |
| 自立支援促進加算 | 300 | 322 | 1月につき |
| 再入所時栄養連携加算 | 200 | 215 | 入所者1人につき1回を限度 |
| 協力医療機関連携加算(1)(R6年度まで) | 100 | 108 | |
| 協力医療機関連携加算(1)(R7年度から) | 50 | 54 | |
| 協力医療機関連携加算(2) | 5 | 6 | |
| 経口移行加算 | 28 | 30 | 1日につき |
| 経口維持加算(I) | 400 | 429 | 1月につき |
| 経口維持加算(II) | 100 | 108 | 1月につき |
| 口腔衛生管理加算(I) | 90 | 97 | 1月につき |
| 口腔衛生管理加算(II) | 110 | 118 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算(I) | 40 | 43 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算(II) | 60 | 65 | 1月につき |
| 外泊時費用 | 362 | 388 | 月6日を限度 |
| 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合) | 800 | 858 | |
| 入所前後訪問指導加算(I) | 450 | 483 | |
| 入所前後訪問指導加算(II) | 480 | 515 | |
| 退所時情報提供加算(I) | 500 | 536 | |
| 退所時情報提供加算(II) | 250 | 268 | |
| 入退所前連携加算(I) | 600 | 644 | |
| 入退所前連携加算(II) | 400 | 429 | |
| 訪問看護指示加算 | 300 | 322 | |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70 | 75 | |
| 試行的退所時指導加算 | 400 | 429 | |
| 所定疾患施設療養費(I) | 239 | 257 | 1月に1回7日を限度 |
| 所定疾患施設療養費(II) | 480 | 515 | 1月に1回10日を限度 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 120 | 129 | |
| 認知症専門ケア加算(I) | 3 | 4 | |
| 認知症専門ケア加算(II) | 4 | 5 | |
| 認知症チームケア推進加算(I) | 150 | 161 | |
| 認知症チームケア推進加算(II) | 120 | 129 | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 215 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(I) | 10 | 11 | 1月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(II) | 5 | 6 | 1月につき |
| 生産性向上推進体制加算(I) | 100 | 108 | 1月につき |
| 生産性向上推進体制加算(II) | 10 | 11 | 1月につき |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 | 258 | 1月に1回5日を限度 |
| ターミナルケア加算(死亡日) | 1,900 | 2,037 | |
| ターミナルケア加算(2~3日) | 910 | 976 | |
| ターミナルケア加算(4~30日) | 160 | 172 | |
| ターミナルケア加算(31日~45日) | 72 | 78 | |
| 緊急時治療管理加算 | 518 | 556 | |
| 特定治療 | | | 医科診療報酬点数表1章・2章による |

・1単位=10.72円 　・利用者負担割合によって1割・2割・3割負担となります。表示されているのは1割負担分です。

・なお ■部分はご利用者様皆様に加算されます。

(2) その他の料金

| | |
|---------------------|------------------------------|
| 教養娯楽費 | 各種クラブ活動等の費用です 詳細は別紙参照ください |
| 日用品費(業者委託) *1 | 240円／1日(税込264円) |
| 理美容代 | 実費。別紙参照 |
| TV代金 | 100円／1日(税込110円) |
| 口腔ケア(協力歯科の川和歯科医による) | 詳細はお尋ねください |
| 歯ブラシ * | 110円 |

- *1 日用品費は業者委託となっております。また、私物洗濯も別途ご利用いただけますので
ご希望の方はお申し込みください。
- * 教養娯楽費をご希望の方はお申し込みください。
 - * TVをご希望の方はお申し込みください。
 - * 口腔ケア代は、ご本人様の歯の本数・状態により料金が前後します。
 - * 歯ブラシは口腔衛生のため、月1回交換します。歯科衛生士がご本人に合った歯ブラシを選定します。持ち込みを希望の方はご相談ください。
 - * 合算額は、合計額×日数とは必ずしも一致いたしません。おおよその目安となります。
予めご了承ください。

(3) 健康管理等費用

| | |
|----------|-----------|
| 各診断書・証明書 | 1,000円～ |
| 各予防接種 | 年により変動 |
| 健康診断書 | 検査内容により変動 |

- * 書類の種類、検査、内容により、価格設定が異なる為、詳細はお問い合わせください。
表示価格は参考料金となります。
- * 当施設で記入できる書類、記入できない書類もありますので、書式をお持ちになり、
お問い合わせ下さい。
- * 検査の結果待ちや状態の把握の為、書類完成までにお時間を要する場合がありますので、
ご了承ください。
- * 予防接種(インフルエンザ)は、横浜市内に住民票があり、生活保護、市民税非課税世帯の場合は、
確認書類を提出していただくと、減額される場合があります。

(4) 施設基準の変動に伴う、月々の料金変更について

厚生労働省の定める指標により、過去6ヶ月間の在宅復帰率や、ベッド回転率、リハビリの充実等により
毎月、施設基準が変更となり、月毎の利用料金が変更になる事があります。
施設基準および負担金額の差額の目安は下の表の通りになります。
尚、施設施設基準が変更になつても、当施設は超強化型を目指していますので、超強化型の基準のリハビリ等の
サービスを変わらず提供していきます。

| 基本型施設を基準にした場合の 基本サービス費の差額目安(要介護3の多床室の場合) | | |
|---|------------|-----------|
| 施設指標 | 施設基準 | 基本サービス費 |
| 20～39 | 基本型施設 | 1日 974円 |
| 40～59 | 加算型施設 | 1日 974円 |
| 60～69 | 在宅復帰強化型施設 | 1日 1,087円 |
| 70～ | 在宅復帰超強化型施設 | 1日 1,087円 |

| + | ※1割負担の場合 | | |
|---|----------------------|-----------|-----------|
| | 加算(1日) | 合計(1日あたり) | 月合計(30日)※ |
| + | 設定なし | 974円 | 29,220円 |
| + | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ 55円 | 1,029円 | 30,870円 |
| + | 設定なし | 1,087円 | 32,610円 |
| + | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ 55円 | 1,142円 | 34,260円 |

上の金額は、基本サービス費だけの負担金額ですので、その他に自費分の費用や加算分の費用が別にかかります。

小数点以下の金額がある為、1日の料金と月の料金では数円の差額が出ます。

ご利用いただいた場合のシミュレーション

$$\text{介護サービス費} + \text{加算料金(おおよそ)} + \text{食費} + \text{居住費} + \text{自費分} = \text{合計}$$

| | | |
|-----|---|-----|
| 1日 | (|) 円 |
| 1か月 | (|) 円 |