

# ＜老人保健施設 たかのご館 料金表＞

令和4年10月1日現在

※以下★★の料金は1割負担の方のご利用料金です。

市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担の割合に基づいてお支払い頂きます。  
尚、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍となります。

## 【利用料金】

### ★多床室

| 要介護度 | 施設利用料金 | 夜勤職員配置加算 | 栄養マネジメント強化加算 | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 初期加算(30日を限度) | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | 介護保険(1日) | 介護保険(30日) |
|------|--------|----------|--------------|---------------|--------------|--------------------|----------|-----------|
| 要介護1 | 836    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥969     | ¥29,070   |
| 要介護2 | 910    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,043   | ¥31,290   |
| 要介護3 | 974    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,107   | ¥33,210   |
| 要介護4 | 1,030  | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,163   | ¥34,890   |
| 要介護5 | 1,085  | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,218   | ¥36,540   |

### ★従来型個室(2・3・4階)

| 要介護度 | 施設利用料金 | 夜勤職員配置加算 | 栄養マネジメント強化加算 | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 初期加算(30日を限度) | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | 介護保険(1日) | 介護保険(30日) |
|------|--------|----------|--------------|---------------|--------------|--------------------|----------|-----------|
| 要介護1 | 756    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥889     | ¥26,670   |
| 要介護2 | 828    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥961     | ¥28,830   |
| 要介護3 | 890    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,023   | ¥30,690   |
| 要介護4 | 946    | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,079   | ¥32,370   |
| 要介護5 | 1,003  | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,136   | ¥34,080   |

### ★認知症専門棟(4階)

| 要介護度 | 施設利用料金 | 認知症ケア加算 | 夜勤職員配置加算 | 栄養マネジメント強化加算 | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 初期加算(30日を限度) | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | 介護保険(1日) | 介護保険(30日) |
|------|--------|---------|----------|--------------|---------------|--------------|--------------------|----------|-----------|
| 要介護1 | 836    | 76      | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,045   | ¥31,350   |
| 要介護2 | 910    | 76      | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,119   | ¥33,570   |
| 要介護3 | 974    | 76      | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,183   | ¥35,490   |
| 要介護4 | 1,030  | 76      | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,239   | ¥37,170   |
| 要介護5 | 1,085  | 76      | 24       | 11           | 22            | 30           | 46                 | ¥1,294   | ¥38,820   |

## 【利用者負担限度額】

|              |         | 第1段階   | 第2段階    | 第3段階    | 第4段階    |
|--------------|---------|--------|---------|---------|---------|
| 4人部屋<br>2人部屋 | 居住費     |        | 370     | 370     | 560     |
|              | 食費      | 300    | 390     | 650     | 1,620   |
|              | 合計(1日)  | ¥300   | ¥760    | ¥1,020  | ¥2,180  |
|              | 合計(30日) | ¥9,000 | ¥22,800 | ¥30,600 | ¥65,400 |

|       |        | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階   | 第4段階   |
|-------|--------|------|------|--------|--------|
| 従来型個室 | 居住費    | 490  | 490  | 1,310  | 1,670  |
|       | 食費     | 300  | 390  | 650    | 1,620  |
|       | 合計(1日) | ¥790 | ¥880 | ¥1,960 | ¥3,290 |

|         |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 合計(30日) | ¥23,700 | ¥26,400 | ¥58,800 | ¥98,700 |
|---------|---------|---------|---------|---------|

## 【特別な室料】

希望される場合にお支払い頂きます。

|      |           |
|------|-----------|
| 2人部屋 | ¥ 990/日   |
| 1人部屋 | ¥ 1,100/日 |

## 【加算料金(全ての方)】

|                          |   |
|--------------------------|---|
| ★ 口腔衛生管理加算(Ⅱ)            | ¥ 110/月   |
| ★ 褥瘡マネジメント加算             | ¥ 10/回 (3カ月に1回)                                   |
| ★ 排せつ支援加算                | ¥ 100/月 (支援開始した月を1カ月とし6カ月目まで)                     |
| ★ リハビリテーションマネジメント計画提出料加算 | ¥ 33/月  |
| ★ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)          | ¥ 13/月  |
| ★ 排泄支援加算(Ⅰ)              | ¥ 10/月  |
| ★ 自立支援推進加算               | ¥ 300/月   |
| ★ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)         | ¥ 60/月  |
| ★ 安全対策体制加算               | ¥ 20/回 (入所中1回のみ)                                  |
| ★ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)          | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の3.9%                   |
| ★ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)        | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算(介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を除く)の合計単位数の2.1% |
| ★ 介護職員等ベースアップ等支援加算       | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の0.8%                   |

## 【加算料金(該当される方)】

|   |                           |
|---|---------------------------|
| ☆ 短期集中リハビリテーション実施加算                               | ¥ 240/日 (実施日のみ)           |
| ※入所日から起算して3ヶ月以内 : 1週に概ね3日以上、1回につき20分以上のリハビリを行った場合 |                           |
| ☆ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算                            | ¥ 240/日 (実施日のみ)           |
| ※入所日から起算して3ヶ月以内 : 1週に3日を限度とする                     |                           |
| ☆ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                                    | ¥ 3/日                     |
| ☆ 経口移行加算  | ¥ 28/日 (起算日から180日)        |
| ☆ 経口維持加算(Ⅰ)                                       | ¥ 400/月                   |
| ☆ 経口維持加算(Ⅱ)                                       | ¥ 100/月                   |
| ☆ 療養食加算   | ¥ 6/回                     |
| ☆ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)                               | ¥ 240/回 (退所時1回のみ)         |
| ☆ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)                               | ¥ 100/回 (退所時1回のみ)         |
| ☆ 緊急時治療管理   | ¥ 518/日 (ひと月に1回、3日を限度)    |
| ☆ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)                                    | ¥ 480/日 (ひと月に1回、連続10日を限度) |
| ☆ 外泊時費用   | ¥ 362/日 (当該期間、施設利用料金に代えて) |
| ※外泊の初日と施設に戻られた日は、外泊時費用の扱いにはなりません。                 |                           |
| ☆ ターミナルケア加算                                       | ¥ 1,650/日 (死亡日)           |
|   | ¥ 820/日 (死亡日前日、及び前々日)     |
|   | ¥ 160/日 (死亡日以前、4~30日)     |
|   | ¥ 80/日 (死亡日以前、31~45日)     |
| ☆ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)                                   | ¥ 450/回                   |

※入所前後に退所後の居宅を訪問し、施設サービス計画を策定した場合

- ☆ 入退所前連携加算(Ⅰ) ￥600/回
- ☆ 身体拘束廃止未実施減算 10%/日 減算

### 〔その他のご負担頂く費用〕

- ◎ 日用品費 ￥220/日
- 電気代 (一般の電気製品1台につき) ￥55/日
- 電気代 (医療機器1台につき) ￥66/日

## <介護老人保健施設のご利用について>

様

【入所日】 年 月 日 時 分頃

### ◎入所時に準備するもの(1週間程度の目安)

※持ち物にはフルネームで記名をお願い致します

※オムツ類は施設利用料金に含まれています

※入浴時に使用するタオル類は日用品費に含まれています

|       |  |
|-------|--|
| ①衣類   | ・普段着(3~4組) ・寝巻き(3~4組) ・下着類(5~6組)<br>・靴下(3~4枚) ・上靴  |
| ②日用品  | ・タオル(4~5枚) ・洗濯物を入れる袋(スーパ-の袋、ゴミ袋等で可)<br>・紙以外の手さげ袋(入浴時、1回分の着替えを入れて浴室まで持ち運ぶ際に使用します)   |
| ③洗面用具 | ・歯ブラシ ・歯磨き粉 ・義歯入れ ・義歯洗浄剤 ・コップ<br>・くし ・電気カミソリ(男性)   |
| ④その他  | ・介護保険被保険者証 ・介護保険負担限度額認定証 ・介護保険負担割合証<br>・後期高齢者医療被保険者証 又は 国民健康保険被保険者証<br>又は 国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証 又は 健康保険被保険者証<br>・重度心身障害者医療費受給者証 ・身体障害者手帳 ・お薬の説明書き<br>★契約時の印鑑(本人、連帯保証人) ★銀行等口座番号と届出印 |

### 《お支払い方法》

基本的には、口座振替でお願いいたします。

当月分(1日～末日分)の請求書は、翌月の10日以降に発行し、郵送させていただきます。

口座引き落とし(24日以降)の確認が出来ましたら、次回の請求書送付時に領収書を同封させていただきます。口座振替が難しい方は窓口へご相談下さい。

なお、現金でのお支払いを希望される場合の窓口の取扱いは、日曜・祝日を除く9:00～17:30となります。

◇ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせ下さい。

老人保健施設 たかのご館

TEL: 975-8883

|

|        |
|--------|
| €(30日) |
| ,350   |
| ,570   |
| ,490   |
| ,170   |
| ,820   |

3)

%

1







# <短期入所療養介護のご利用について>

様

【ご利用期間】                      年              月              日      ～              月              日  
【ご送迎時間】                      時              分頃 迎え                      時              分頃 送り

## ◎入所時に準備するもの(1週間程度の目安)

※持ち物にはフルネームで記名をお願い致します

※オムツ類は施設利用料金に含まれています

※入浴時に使用するタオル類は日用品費に含まれています

|       |   |
|-------|---|
| ①衣類   | ・普段着(3～4組)                      ・寝巻き(3～4組)                      ・下着類(5～6組)<br>・靴下(3～4枚)                      ・上靴  |
| ②日用品  | ・タオル(4～5枚)                      ・洗濯物を入れる袋(スーパーの袋、ゴミ袋等で可)<br>・紙以外の手さげ袋(入浴時、1回分の着替えを入れて浴室まで持ち運ぶ際に使用します)   |
| ③洗面用具 | ・歯ブラシ              ・歯磨き粉              ・義歯入れ              ・義歯洗浄剤              ・コップ<br>・くし                      ・電気カミソリ(男性)   |
| ④その他  | ・介護保険被保険者証    ・介護保険負担限度額認定証    ・介護保険負担割合証<br>・後期高齢者医療被保険者証 又は 国民健康保険被保険者証<br>又は 国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証 又は 健康保険被保険者証<br>・重度心身障害者医療費受給者証    ・身体障害者手帳    ・お薬の説明書き<br>★契約時の印鑑(本人、連帯保証人)    ★銀行等口座番号と届出印 |

## 《 お支払い方法 》

お支払いは、原則として退所日をお願いいたします。

施設送迎の方は、お送りした際に送迎に伺った職員に直接お支払い下さい。

当館の通所・入所のお支払いを口座引き落としにされている方に関しましては、同様に口座引き落としとさせていただきます。

◇ 利用を中止(キャンセル)される場合は、なるべくお早めに御連絡下さい。

◇ ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせ下さい。

## ＜短期入所療養介護 料金表＞

令和4年10月1日

※下記★★の料金は1割負担の方のご利用料金です。

市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担の割合に基づいてお支払い頂きます。  
尚、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍となります。

### 【利用料金】

#### ★多床室

|                 | 要介護1 | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   |
|-----------------|------|--------|--------|--------|
| 施設利用料金          | ¥875 | ¥951   | ¥1,014 | ¥1,071 |
| 施設利用料金((認知症専門棟) | ¥951 | ¥1,027 | ¥1,090 | ¥1,147 |

※施設利用料金(認知症専門棟)には、ケア加算 ¥76が含まれています。

#### ★従来型個室

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 |
|--------|------|------|------|------|
| 施設利用料金 | ¥794 | ¥867 | ¥930 | ¥988 |

### 【利用者負担限度額】

|     |        | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階   | 第4段階   |
|-----|--------|------|------|--------|--------|
| 多床室 | 滞在費    |      | ¥370 | ¥370   | ¥560   |
|     | 食費     | ¥300 | ¥390 | ¥650   | ¥1,620 |
|     | 合計(1日) | ¥300 | ¥760 | ¥1,020 | ¥2,180 |

|       |        | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階   | 第4段階   |
|-------|--------|------|------|--------|--------|
| 従来型個室 | 滞在費    |      | ¥490 | ¥1,310 | ¥1,670 |
|       | 食費     | ¥300 | ¥390 | ¥650   | ¥1,620 |
|       | 合計(1日) | ¥300 | ¥880 | ¥1,960 | ¥3,290 |

#### ※食費

朝食 ¥400 / 昼食 ¥610 / 夕食 ¥610

非課税世帯の方で介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、認定証に記載されている金額が、1日に払い頂く食費の上限となります。

### 【特別な室料】

希望される場合にお支払い頂きます。

2人部屋 ¥ 990 / 日

1人部屋 ¥1,100 / 日

### 【加算料金(全ての方)】

|                      |        |  |
|----------------------|--------|--|
| ★ 夜勤職員配置加算           | ¥ 24/日 |  |
| ★ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)    | ¥ 22/日 |  |
| ★ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | ¥ 46/日 |  |
| ★ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)      |        | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の3.1%                |
| ★ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)    |        | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算(介護職員処遇改善加算を除く)の合計単位数の2.1% |
| ★ 介護職員等ベースアップ等支援加算   |        | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の0.8%                |

## 【加算料金(該当される方)】

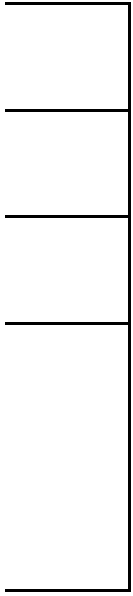
|                   |          |  |
|-------------------|----------|--|
| ☆ 送迎加算(片道につき)     | ¥ 184/片道 |  |
| ☆ 個別リハビリテーション実施加算 | ¥ 240/日  | (リハビリ実施日のみ)                              |
| ☆ 療養食加算           | ¥ 8/回    | (特別食の提供を行なった場合)                          |
| ☆ 重度療養管理加算        | ¥ 120/日  | (要介護4又は5で別に厚生労働大臣が指定するものに対して医学的管理を行った場合) |
| ☆ 緊急短期入所受入加算      | ¥ 90/日   | (7日を限度)                                  |
| ☆ 緊急時治療管理         | ¥ 518/日  | (ひと月に1回、3日までを限度と)                        |
| ☆ 総合医学管理加算        | ¥ 275/日  | (利用中7日を限度)                               |

## 【その他のご負担頂く費用】

|                      |         |
|----------------------|---------|
| ◎ 日用品費               | ¥ 220/日 |
| ○ 電気代 (一般の電気製品1台につき) | ¥ 55/日  |
| ○ 電気代 (医療機器1台につき)    | ¥ 66/日  |

老人保健施設 たかのこ

TEL: 975-8883



日改正

|        |
|--------|
| 要介護5   |
| ¥1,129 |
| ¥1,205 |

|        |
|--------|
| 要介護5   |
| ¥1,044 |

|

お支

9%

追加算( I )

3%

目録の状態  
合)

:する)

官

# ＜介護予防 短期入所療養介護のご利用について＞

様

【ご利用期間】                    年            月            日    ～            月            日  
【ご送迎時間】                    時            分頃 迎え                    時            分頃 送り

## ◎入所時に準備するもの(1週間程度の目安)

※持ち物にはフルネームで記名をお願い致します

※オムツ類は施設利用料金に含まれています

※入浴時に使用するタオル類は日用品費に含まれています

|       |   |
|-------|---|
| ①衣類   | ・普段着(3～4組)                    ・寝巻き(3～4組)                    ・下着類(5～6組)<br>・靴下(3～4枚)                    ・上靴  |
| ②日用品  | ・タオル(4～5枚)                    ・洗濯物を入れる袋(スーパーの袋、ゴミ袋等で可)<br>・紙以外の手さげ袋(入浴時、1回分の着替えを入れて浴室まで持ち運ぶ際に使用します)   |
| ③洗面用具 | ・歯ブラシ            ・歯磨き粉            ・義歯入れ            ・義歯洗浄剤            ・コップ<br>・くし                    ・電気カミソリ(男性)   |
| ④その他  | ・介護保険被保険者証    ・介護保険負担限度額認定証    ・介護保険負担割合証<br>・後期高齢者医療被保険者証 又は 国民健康保険被保険者証<br>又は 国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証 又は 健康保険被保険者証<br>・重度心身障害者医療費受給者証    ・身体障害者手帳    ・お薬の説明書き<br>★契約時の印鑑(本人、連帯保証人)    ★銀行等口座番号と届出印 |

## 《 お支払い方法 》

お支払いは、原則として退所日をお願いいたします。

施設送迎の方は、お送りした際に送迎に伺った職員に直接お支払い下さい。

当館の通所・入所のお支払いを口座引き落としにされている方に関しましては、同様に口座引き落としとさせていただきます。

◇ 利用を中止(キャンセル)される場合は、なるべくお早めに御連絡下さい。

◇ ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせ下さい。

# 老人保健施設 たかのこ館

TEL: 975-8883

## <介護予防 短期入所療養介護 料金表>

令和4年10月1日

※下記★の料金は1割負担の方のご利用料金です。

市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担の割合に基づいてお支払い頂きます。

尚、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍となります。

### 【利用料金】

#### ★一般棟(2・3階)多床室

|        | 要支援1 | 要支援2 |
|--------|------|------|
| 施設利用料金 | ¥658 | ¥817 |

#### ★一般棟(2・3階)従来型個室

|        | 要支援1 | 要支援2 |
|--------|------|------|
| 施設利用料金 | ¥619 | ¥762 |

### 【利用者負担限度額(4人部屋・2人部屋)】

|     | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階   |
|-----|------|------|------|--------|
| 滞在費 |      | ¥370 | ¥370 | ¥560   |
| 食費  | ¥300 | ¥390 | ¥650 | ¥1,620 |

### 【利用者負担限度額(1人部屋)】

|     | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階   | 第4段階   |
|-----|------|------|--------|--------|
| 滞在費 |      | ¥490 | ¥1,310 | ¥1,670 |
| 食費  | ¥300 | ¥390 | ¥650   | ¥1,620 |

### 【特別な室料】

希望される場合にお支払い頂きます。

2人部屋 ¥ 990/日

1人部屋 ¥ 1,100/日

### ※食費

朝食 ¥400 / 昼食 ¥610 / 夕食 ¥610

非課税世帯の方で介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、認定証に記載されている金額が、1日に払い頂く食費の上限となります。

### 【加算料金(全ての方)】

★ 夜勤職員配置加算 ¥ 24/日

★ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ¥ 22/日

★ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) ¥ 46/日



- |                    |  |
|--------------------|--|
| ★ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)    | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の3.                |
| ★ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)  | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算(介護職員処遇改善を除く)の合計単位数の2.1% |
| ★ 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 負担割合に基づいた施設利用料金と各種加算の合計単位数の0.                |

### 【加算料金(該当される方)】

- |                   |         |                   |
|-------------------|---------|-------------------|
| ☆ 送迎加算(片道につき)     | ¥184/片道 |                   |
| ☆ 個別リハビリテーション実施加算 | ¥240/日  | (リハビリ実施日のみ)       |
| ☆ 療養食加算           | ¥ 8/回   | (特別食の提供を行なった場合)   |
| ☆ 緊急時治療管理         | ¥518/日  | (ひと月に1回、3日までを限度と) |
| ☆ 総合医学管理加算        | ¥275/日  | (利用中7日を限度)        |

### 【その他のご負担頂く費用】

- |                      |        |
|----------------------|--------|
| ◎ 日用品費               | ¥220/日 |
| ○ 電気代 (一般の電気製品1台につき) | ¥ 55/日 |
| ○ 電気代 (医療機器1台につき)    | ¥ 66/日 |

老人保健施設 たかのこ食  
TEL: 975-8883

27

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

日改正

お支

9%

追加算( I )

8%

:する)

官



