

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス
入所サービスご利用料金表

別紙

3割

【個室】

平成30年8月1日

基本算定分												
要介護度	単位数/日 ①	3割負担 (円)	栄養マネジメント 加算		夜勤職員配置 加算		サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)		口腔衛生管理 体制加算		1日当りの金額(円) ※①~⑤合計単位の3割負担	
			単位数/日 ②	3割負担(円)	単位数/日 ③	3割負担(円)	単位数/日 ④	3割負担(円)	単位数/月 ⑤	3割負担(円)		
要介護1	739	2,377	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	2,560	
要介護2	810	2,605	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	2,789	
要介護3	872	2,805	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	2,988	
要介護4	928	2,985	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,168	
要介護5	983	3,162	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,345	

介護報酬1単位当たりの単価:10.72円

加算負担分								
	単位数/日	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ	★介護報酬総単位数の3.9%		在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ(※注)	46	(★148)	★ご利用者様全員対象		
初期加算	30	97	試行的退所時指導加算	400	1,287	所定疾患施設療養費Ⅰ 所定疾患施設療養費Ⅱ	235 475	756 1,528
療養食加算	6/食	20/食	退所時情報提供加算	500	1,608	地域連携診療計画提供加算	300	965
外泊時加算	362	1,164	退所前連携加算	500	1,608	再入所時栄養連携加算	400	1,287
外泊時加算(在宅サービスを利用する場合)	800	2,573	訪問看護指示加算	300	965	低栄養リスク改善加算	300/月	965/月
短期集中リハビリテーション実施加算	240	772	経口維持加算Ⅰ 経口維持加算Ⅱ	400/月 100/月	1,287/月 322/月	かかりつけ医連携薬剤調整加算	125	402
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	772	経口移行加算	28	90	褥瘡マネジメント加算	10/月	33/月
入所前後訪問指導加算Ⅰ	450	1,448	緊急時施設療養費	511	1,644	排せつ支援加算	100/月	322/月
入所前後訪問指導加算Ⅱ	480	1,544						

※注「在宅復帰・在宅療養支援加算Ⅱ」:厚労省が定める「在宅復帰・在宅療養支援等指標」で要件を満たした該当月に算定いたします。

その他自費負担分			
料金体系	項目	1日当りの金額	内 訳
基本料金	※食事代	朝食	380円
		昼食	500円
		夕食	500円
	※居住費	1,640円	室料(建設費、修繕維持費)＋光熱水費
	日常生活品費(選択制)	150円	おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディソープ、石鹸
加算料金	おやつ代(選択制)	150円	10時50円 15時100円
	教養娯楽費	頂きません	レクリエーション費(折り紙、工作用品等)
	特別室料	4,000円(税抜)	専用トイレ・洗面台・冷蔵庫・テレビ
	理美容代	実費	事前の申し込みが必要です。
	洗濯代	実費	コインランドリー(カード式)、業者洗濯
	健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種料等
	文書料		5,000円(税抜)
		2,500円(税抜)	医師の診断
		1,000円(税抜)	領収書再発行手数料等
健康診断書料		10,000円～15,000円	健康診断書作成

※利用者負担段階が第1段階～第3段階に該当する方は、負担の上限額(負担限度額)が定められ、居住費・食費の負担が軽減されます。

注1 個室とは、1人部屋のことになります。

注2 保険分の3割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス
入所サービスご利用料金表

3割

別紙

【多床室】

平成30年8月1日

基本算定分

要介護度	単位数/日 ①	3割負担 (円)	栄養マネジメント 加算		夜勤職員配置 加算		サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)		口腔衛生管理 体制加算		1日当りの金額(円) ※①～⑤合計単位の3割負担
			単位数/日 ②	3割負担(円)	単位数/日 ③	3割負担(円)	単位数/日 ④	3割負担(円)	単位数/月 ⑤	3割負担(円)	
要介護1	818	2,631	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	2,814
要介護2	892	2,869	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,052
要介護3	954	3,068	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,252
要介護4	1010	3,249	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,432
要介護5	1065	3,425	14	45	24	78	18	58	30/月	97/月	3,609

介護報酬1単位当たりの単価:10.72円

加算負担分

	単位数/日	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ		★介護報酬総単位数の3.9%	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ(※注)	46	(★148)	★ご利用者様全員対象		
初期加算	30	97	試行的退所時指導加算	400	1,287	所定疾患施設療養費Ⅰ 所定疾患施設療養費Ⅱ	235 475	756 1,528
療養食加算	6/食	20/食	退所時情報提供加算	500	1,608	地域連携診療計画提供加算	300	965
外泊時加算	362	1,164	退所前連携加算	500	1,608	再入所時栄養連携加算	400	1,287
外泊時加算(在宅サービスを利用する場合)	800	2,573	訪問看護指示加算	300	965	低栄養リスク改善加算	300/月	965/月
短期集中リハビリテーション実施加算	240	772	経口維持加算Ⅰ 経口維持加算Ⅱ	400/月 100/月	1,287/月 322/月	かかりつけ医連携薬剤調整加算	125	402
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	772	経口移行加算	28	90	褥瘡マネジメント加算	10/月	33/月
入所前後訪問指導加算Ⅰ	450	1,448	緊急時施設療養費	511	1,644	排せつ支援加算	100/月	322/月
入所前後訪問指導加算Ⅱ	480	1,544						

※注「在宅復帰・在宅療養支援加算Ⅱ」:厚労省が定める「在宅復帰・在宅療養支援等指標」で要件を満たした該当月に算定いたします。

その他自費負担分

料金体系	項目	1日当りの金額	内訳
基本料金	※食事代	朝食	380円
		昼食	500円
		夕食	500円
	※居住費	370円	多床室は光熱水費のみとなります。
	日常生活品費(選択制)	150円	おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディソープ、石鹸
	おやつ代(選択制)	150円	10時50円 15時100円
加算料金	教養娯楽費	頂きません	レクリエーション費(折り紙、工作備品等)
	理美容代	実費	事前の申し込みが必要です。
	洗濯代	実費	コインランドリー(カード式)、業者洗濯
	健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種料等
	文書料	5,000円(税抜)	自動車賠償責任保険、生命保険、その他類
		2,500円(税抜)	医師の診断
		1,000円(税抜)	領収書再発行手数料等
健康診断書料	10,000円～15,000円	健康診断書作成	
テレビレンタル代	実費	カード式テレビを利用	

※利用者負担段階が第1段階～第3段階に該当する方は、負担の上限額(負担限度額)が定められ、居住費・食費の負担が軽減されます。

注1 多床室とは、2人部屋、4人部屋のことになります。

注2 保険分の3割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。