

【 介護老人保健施設 】

1) 介護保健施設サービス費（※自己負担分：表は1割負担の場合）

施設サービスの利用料は、要介護度に応じた料金（以下参照）となります。通常、介護保険に該当する給付分として、9割は保険から賄われ、1割が自己負担となりますが、一定の所得のある方は自己負担が2割～3割となります。

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いずみの杜 |
|-------------|-----------------------------|------------------------|
| | | ユニット型個室 |
| 介護保健施設サービス費 | 要 介 護 1 | 781円/日 |
| | 要 介 護 2 | 826円/日 |
| | 要 介 護 3 | 888円/日 |
| | 要 介 護 4 | 941円/日 |
| | 要 介 護 5 | 993円/日 |
| 加 算 項 目 | 保健施設初期加算 | 30円/日（入所日から30日以内） |
| | 保健施設夜勤職員配置加算 | 24円/日 |
| | 保健施設栄養マネジメント加算 | 14円/日 |
| | 保健施設療養食加算（1日に3回を限度） | 6円/回 |
| | 保健施設サービス提供体制加算Ⅰ 1 | 18円/日 |
| | 保健施設若年性認知症受入加算 | 120円/日 |
| | 保健施設外泊時費用 | 362円/日（月6日限度） |
| | 保健施設ターミナルケア加算1 1 | 160円/日（死亡日以前4日以上30日以下） |
| | 保健施設ターミナルケア加算2 1 | 820円/日（死亡日以前2日又は3日） |
| | 保健施設ターミナルケア加算3 1 | 1,650円/日（死亡日） |
| | 保健施設認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日間限度） | 200円/日 |
| | 保健施設短期集中リハ加算 | 240円/日 |
| | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 240円/日 |
| | 保健施設退所時情報提供加算 | 500円/1回限り |
| | 保健施設退所前連携加算 | 500円/1回限り |
| | 保健施設所定疾患施設療養費Ⅰ | 239円/（月7日限度） |
| | 保健施設褥創瘡マネジメント加算（3月に1回を限度） | 10円/月 |
| | 介護職員処遇改善加算 | 上記利用総費用×0.039（小数点繰り上げ） |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 上記利用総費用×0.017（小数点繰り上げ） |

※仙台市は介護保険上の6級地にあるため、10.27の加算があります。

2) 利用料金

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いずみの杜 |
|------|------------|------------------|
| | | ユニット型個室 |
| 項 目 | 食 費 | 1,680円/日 |
| | 居 住 費 | 2,600円/日 |
| | 個 室 使 用 料 | 500～1,500円/日 + 税 |
| | 委 託 洗 濯 代 | 300～500円/回 + 税 |
| | 預 かり 金 管 理 | 1,000円/月 + 税 |
| | 電 気 使 用 料 | 50円/日 + 税 |

※その他費用について必要となる場合もございますので、詳細はご確認ください。

【 短期入所療養介護 】

1) - 1 介護保険料：介護給付（自己負担分）

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの社 |
|-----------|--------------------|----------------------|
| | | ユニット型個室 |
| 短期入所療養介護費 | 要介護 1 | 835円/日 |
| | 要介護 2 | 880円/日 |
| | 要介護 3 | 942円/日 |
| | 要介護 4 | 995円/日 |
| | 要介護 5 | 1,046円/日 |
| 加算項目 | 夜勤職員配置加算 | 24円/日 |
| | 個別リハビリテーション実施加算 | 240円/回 |
| | 認知症行動・心理症状緊急受入対応加算 | 200円/日（7日間限度） |
| | 緊急短期入所受入加算 | 90円/日（7日間限度） |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 120円/日 |
| | 重度療養管理加算 | 120円/日 |
| | 送迎加算 | 184円/回 |
| | 療養食加算 | 8円/回（1日に3回を限度） |
| | サービス提供体制強化加算 | 18円/日 |
| | 介護職員処遇改善加算 | 上記総費用*0.039（小数点繰り上げ） |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 上記総費用*0.017（小数点繰り上げ） |

1) - 2 介護保険料：予防給付（自己負担分）

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの社 |
|-----------|-----------------|----------------------|
| | | ユニット型個室 |
| 短期入所療養介護費 | 要支援 1 | 623円/日 |
| | 要支援 2 | 781円/日 |
| 加算項目 | 夜勤職員配置加算 | 24円/日 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 120円/日 |
| | 個別リハビリテーション実施加算 | 240円/回 |
| | 送迎加算 | 184円/回 |
| | 療養食加算 | 8円/回（1日に3回を限度） |
| | サービス提供体制強化加算 | 18円/日 |
| | 介護職員処遇改善加算 | 上記総費用*0.039（小数点繰り上げ） |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 上記総費用*0.017（小数点繰り上げ） |

2) 利用料金

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの社 |
|------|-------|-------------------------|
| | | ユニット型個室 |
| 項目 | 食費 | 朝400円 昼600円 夕680円 |
| | 滞在費 | 2,600円/日 |
| | 個室使用料 | 500~1,500円/日+税 |
| | 洗濯代 | 300~500円/日+税 |
| | 電気使用料 | 50円/日+税 |

※その他費用について必要となる場合もございますので、詳細はご確認ください。

【 通所リハビリテーション 】

1) - 1 介護保険料：介護給付（自己負担分）

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの杜 |
|--------------|-------------------|---|
| 通所リハビリテーション費 | 要 介 護 1 | 716円/日 |
| | 要 介 護 2 | 853円/日 |
| | 要 介 護 3 | 993円/日 |
| | 要 介 護 4 | 1,157円/日 |
| | 要 介 護 5 | 1,317円/日 |
| 加算項目 | リハビリテーション提供体制加算 | 28円/回 |
| | 入浴介助体制加算 | 50円/回 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 | (Ⅰ) 330円/月 (Ⅱ) 530円・850円/月 (Ⅲ) 800円・1,120円/月 |
| | 短期集中個別リハビリ実施加算 | 110円/日 |
| | 認知症短期集中リハビリ実施加算 | (Ⅰ) 240円/日(週2回) (Ⅱ) 1,920円/月(3月以内) |
| | 生活行為向上リハビリ実施加算 | 1,000円・2,000円/月 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 60円/日 |
| | 栄養改善加算 | 150円/日(1か月2回限度) |
| | 栄養スクリーニング加算 | 5円/回 |
| | 重度療養管理加算 | 100円/日 |
| | サービス提供体制強化加算 | 18円/日 |
| | 中重度者ケア体制加算 | |
| | 介護職員処遇改善加算 | 上記総費用*0.047(小数点繰り上げ) |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 上記総費用*0.017(小数点繰り上げ) |

※仙台市は介護保険上の6級地にあるため、10.33の加算があります。

1) - 2 介護保険料：予防給付（自己負担分）

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの杜 |
|--------------|-------------------|----------------------|
| 通所リハビリテーション費 | 要 支 援 1 | 1,721円/月 |
| | 要 支 援 2 | 3,634円/月 |
| 加算項目 | リハビリテーションマネジメント加算 | 330円/月 |
| | 生活行為向上リハビリ実施加算 | 450円・900円/月 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 240円/月 |
| | 運動機能向上加算 | 225円/月 |
| | 栄養改善加算 | 150円/日(1か月2回限度) |
| | 栄養スクリーニング加算 | 5円/回 |
| | 事業所評価加算 | |
| | サービス提供体制強化加算 | 支援1) 72円 支援2) 144円/月 |
| | 介護職員処遇改善加算 | 上記総費用*0.047(小数点繰り上げ) |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 上記総費用*0.017(小数点繰り上げ) |

※仙台市は介護保険上の6級地にあるため、10.33の加算があります。

2) 利用料金

| 事業所名 | | 介護老人保健施設いすみの杜 |
|------|-------------|---------------|
| 項 目 | 食 費 | 600円/日 |
| | 利 用 時 間 延 長 | 500円/30分+税 |
| | オ ム ツ 等 代 | 代替交換 |

※その他費用について必要となる場合もございますので、詳細はご確認ください。