

## I 基本料金

(円/日)

I 介護保健施設サービス費 (I)	(ii)個室	1割負担の方の場合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		2割負担の方の場合	788	863	928	985	1,040
(iv)多床室	(ii)個室	3割負担の方の場合	1,576	1,726	1,856	1,970	2,080
		1割負担の方の場合	2,364	2,589	2,784	2,955	3,120
		2割負担の方の場合	871	947	1,014	1,072	1,125
	(iv)多床室	1割負担の方の場合	1,742	1,894	2,028	2,144	2,250
		2割負担の方の場合	2,613	2,841	3,042	3,216	3,375
		3割負担の方の場合					

その他の加算		1割負担	2割負担	3割負担	
2	夜勤職員配置加算	24	48	72	日
3	短期集中リハビリテーション実施加算(入所後3ヶ月以内)(I)	258	516	774	日
	短期集中リハビリテーション実施加算(入所後3ヶ月以内)(II)	200	400	600	
4	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(入所後3ヶ月以内)(I)	240	480	720	日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(入所後3ヶ月以内)(II)	120	240	360	
5	若年性認知症入所者受入加算	120	240	360	日
6	外泊時費用(1月に6日を限度)	362	724	1086	日
	“(施設が在宅サービスを提供した場合、1月に6日を限度)”	800	1600	2400	
7	ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)	72	144	216	日
	“(死亡日以前4日以上30日以下)”	160	320	480	
	“(死亡日以前2日又は3日)”	910	1820	2730	
	“(死亡日)”	1900	3800	5700	
8	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	51	102	153	日
9	初期加算(入所後30日以内)(I)	60	120	180	日
	初期加算(入所後30日以内)(II)	30	60	90	
10	再入所時栄養連携加算(1人につき1回を限度)	200	400	600	回
11	入所前後訪問指導加算(I)	450	900	1350	回
	“(II)”	480	960	1440	
12	退所時等支援加算				
	(1) 試行的退所時指導加算	400	800	1200	
	(2) 退所時情報提供加算(I)	500	1000	1500	
	退所時情報提供加算(II)	250	500	750	
	(3) 入退所前連携加算(I)	600	1200	1800	
(4) 入退所前連携加算(II)	400	800	1200		
13	栄養マネジメント強化加算	11	22	33	日
14	経口移行加算	28	56	84	日
15	経口維持加算(I)	400	800	1200	月
	経口維持加算(II)	100	200	300	
16	口腔衛生管理加算(I)	90	180	270	月
	口腔衛生管理加算(II)	110	220	330	
17	療養食加算(1食)	6	12	18	回
18	かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)(イ)	140	280	420	回
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)(ロ)	70	140	210	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)	240	480	720	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(III)	100	200	300	
19	緊急時治療管理(1月に1回3日を限度)	518	1036	1554	日
20	所定疾患施設療養費(II)(1月に10日を限度)	480	960	1440	日
21	認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日間を限度)	200	400	600	回
22	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(I)	53	106	159	月
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(II)	33	66	99	
23	褥瘡マネジメント加算(I)	3	6	9	月
	褥瘡マネジメント加算(II)	13	26	39	
24	排せつ支援加算(I)	10	20	30	月
	排せつ支援加算(II)	15	30	45	
	排せつ支援加算(III)	20	40	60	
25	科学的介護推進体制加算(I)	40	80	120	月
	科学的介護推進体制加算(II)	60	120	180	
26	安全対策体制加算(入所時に1回限度)	20	40	60	回
27	サービス提供体制強化加算(I)	22	44	66	日
28	介護職員処遇改善加算(I)※1 (1か月当たりの施設サービス費とその他の加算(※2,3を除く)の合計に3.9%を乗じたものが加算)				
29	介護職員等特定処遇改善加算(I)※2 (1か月当たりの施設サービス費とその他の加算(※1,3を除く)の合計に2.1%を乗じたものが加算)				
30	介護職員等ベースアップ等支援加算(I)※3 (1か月当たりの施設サービス費とその他の加算(※1,2を除く)の合計に0.8%を乗じたものが加算)				
31	協力医療機関連携加算(I)	100	200	300	月
	協力医療機関連携加算(II)	5	10	15	
32	高齢者施設等感染対策向上加算(I)	10	20	30	月
	高齢者施設等感染対策向上加算(II)	5	10	15	
33	新興感染症等施設療養費	240	480	720	月
34	生産性向上推進体制加算(II)	10	20	30	月

(注) NO. 28~30については、6月から「介護職員等処遇改善加算I」に一本化されます。

(1か月あたりの施設サービス費とその他の加算の合計に7.5%を乗じたものが加算)

## II 居住費

	負担限度額			基準費用額
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
多床室	0円	370円	370円	370円
個室	490円	490円	1,310円	1,640円

## III 食費（1日あたり）

	負担限度額			基準費用額
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
	300円	390円	650円	1,360円
			第3段階②	1,550円

※利用者負担段階

市町村民税 世帯非課税	第1段階	・老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者、境界層該当者
	第2段階	・課税年金収入額と合計所得金額と遺族年金等の収入額の合計が年 額80万円以下の方
	第3段階	・課税年金収入額が80万円超120万円未満の方 (第2段階該当者以外の方)
	第3段階②	・課税年金収入額が120万円超266万円未満の方
第4段階		・上記以外の方

## IV その他の料金（ご希望によります）

種類	料金
診断書等	1通5,000円
電気器具使用料	1点1日50円（1,500円）
理美容代	男性1,200円・女性1,100円・丸刈り1,000円 白髪染め2,500円・顔そり800円
その他日常生活用	実費
おやつ代	1日100円（1か月3,000円）
エンゼルケア代	5,000円（浴衣代実費込み）

\*お支払い方法は、口座振替となります。

\*サービス利用開始時に要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いしていただく場合があります。その際は、要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から支払われます。（償還払い）

\*介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約の負担を変更します。