入所サービス (超強化型) 多床室料金表

◆介護保険負担限度額認定要件

利用者負担段階	対象者
第4段階	下記以外
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額+合計所得金額が80万円超えるかた
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額+合計所得金額が80万円以下のかた
第1段階	市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者

◆多床室 単位:円(税込)

要介護度		介護1			介護2			介護3				介護4		介護5		
負担割合		1割	2割	3割	1割	1割 2割 3割		1割	2割 3割		1割	2割	3割	1割	2割	3割
基本サービス費※	1日	910	1820	2730	957	1914	2871	1047	2094	3141	1103	2206	3309	1158	2316	3474
居住費	1日		410													
食費	1日				1	.830(郭	食 4	70	昼食	710	夕食	650)				
10 W + U O	1割	3150				3197		3287			3343			3398		
1日当たりの 基本料金	2割		4060		4154			4334			4446			4556		
	3割		4970		5111			5381			5549			5714		
14.8 (208)	1割		94500			95910		98610			100290			101940		
1か月(30日) あたり料金	2割		121800)	124620			130020			133380			136680		
37C 744 W	3割		149100)		153330)	161430			166470			171420)
限度額証第3段階	1割		57900		59310			62010			63690			65340		
限度額証第2段階	1割		50100			51510		54210			55890			57540		

※基本サービス費: 老健で提供される介護サービス費のこと。

一人ひとりの状態に合わせて立案した施設サービス総合計画書に基づき、日常生活の自立 機能回復・維持支援のために提供するサービスにかかる費用です。

◆その他のサービス 単位:円(税込)

散髪 カット	1回	2000
散髪 カラー	1回	4500
洗濯代(業者)	1回	820
洗濯代(個人)	1回	410
義歯ネーム	1ケ	610

入所サービス (超強化型) 個室料金表

◆介護保険負担限度額認定要件

利用者負担段階	対象者
第4段階	下記以外
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額+合計所得金額が80万円超えるかた
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額+合計所得金額が80万円以下のかた
第1段階	市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者

◆個室 単位:円(税込)

▼ 旧王															. 1.3 (.1	, ,	
要介護度			介護1		介護2			介護3			介護4			介護5			
負担割合		1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	
基本サービス費※	1日	742	1484	2226	814	1628	2442	876	1752	2628	932	1864	2796	988	1976	2964	
居住費	1日		1730														
個室代	1日		1000														
食費	1日		1830(朝食 470 昼食 710 夕食 650)														
10 W + U 0	1割		5390		5462			5524			5580		5636				
1日当たりの 基本料金	2割		6132		6276			6400			6512		6624				
	3割		6874 7090						7276			7444			7612		
1/ (20 -	1割		161700 163860						165720)	167400			169080)	
1か月(30日) あたり料金	2割		183960 188280						192000			195360			198720		
057C 714 W	3割	:	206220)		212700)	218280			223320			228360)	
限度額証第3段階	1割		113700)		115860)	117720)	119400)	121080)	
限度額証第2段階	1割		81300			83460			85320		87000			88680			

※基本サービス費: 老健で提供される介護サービス費のこと。

一人ひとりの状態に合わせて立案した施設サービス総合計画書に基づき、日常生活の自立 機能回復・維持支援のために提供するサービスにかかる費用です。

◆その他のサービス 単位:円(税込)

散髪 カット	1回	2000
散髪 カラー	1回	4500
洗濯代(業者)	1回	820
洗濯代(個人)	1回	410
義歯ネーム	1ケ	610

入所加算料金(円)	負担割合			摘 要								
		1割	2割	3割		(1 + (-1-1-1-1)						
在宅復帰・在宅療養支援加算 II ※ 	1日	47	94		在宅復帰者の割合に応じ算定							
栄養マネジメント加算※	1日	15	29	43	栄養計画を作成し、栄養管理な	を行っている場合。 						
サービス提供体制強化加算(l)※ 	1日	19 37 55			介護職員の総数の60%以上が介護福祉士の資格保持者である場合。							
介護職員処遇改善加算 ※	1月	所定	単位数×加 (3.9%)]算率	介護職員の処遇改善のために加算されます。 所定単位数:基本サービス費に各加算減算を加えた総単位数							
介護職員等特定処遇改善加算 ※	1月	所定	単位数×加 (3.9%)]算率	介護職員等の処遇改善のためい 所定単位数:基本サービス費に各 経験・技能のある職員に重点化							
初期加算	1日	31	61	91	入所後30日間に限り算定。							
短期集中リハビ・リテーション実施加算	1日	244	487	730	入所後3ヶ月以内に集中的にリ	ハビリを行った場合算定。						
認知症ケア加算短期集中 リハビリテーション実施加算		244	487	730	I	たものであって、リハビリによって生活機能の改 に対して、入所日より3か月以内の期間、集中的 間に3回を限度として算定。						
夜勤職員配置加算	1日	25	49	73	夜勤職員の配置が基準を満たし	している場合算定(3階 認知症専門棟のみ)						
認知症ケア加算	1日	77	155	231	認知症専門棟ご利用者の方							
認知症専門ケア加算丨		3	6	9	入所者の総数のうち、日常生活自立度ランクIII、IVまたはMに該当す 9 の占める割合1/2以上。認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術 に係る会議を定期的に開催していること。							
療養食加算	1食	6	13	18	8 糖尿病食・減塩食等を1日につき3食を限度提供した場合算定。							
低栄養リスク改善加算	1月	305	609	913	低栄養のリスクの高い入所者であること。 多職種が連携し低栄養状態を改善するための栄養、食事の調整を行う。 入所者の栄養管理をするための会議は月1回以上とし、当該計画に基づ 所者に対し食事の観察を週5回以上行うこと。							
再入所時栄養連携加算	1 🗆	406	812	1217	医療機関に入院し、入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場 管栄養又は嚥下調整食の導入)等、医療機関の管理栄養士と連携し、再 後の栄養管理に関する調整を行ない、家族の同意のもと栄養ケア計画書 成した場合算定。							
外泊時費用	1日	367	734	1101	入所者に対して居宅への外泊を	を認めた場合1ヶ月に6日を限度として算定						
外泊時費用(在宅サービス利用時)	1日	812	1623	2434	入所者で退所が見込まれる者で サービスを提供した場合、1ヶ	を、その居宅に試行的に退所させ、施設が在宅 月に6日を限度として算定						
入所前後訪問指導加算 II	1日	487	974	1460	入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる者の入所予定前30日以内又は入所0日以内に退所後生活する居宅に訪問し、施設サービス計画の策定及び診療針の決定を行った場合、入所中1回を限度として算定							
退所時情報提供加算	1 🗆	507	1014	1521	退所後の主治医への診療情報技	是供をした場合算定						
退所前連携加算	1回	507	1014	1521	退所前に指定居宅支援事業者々	への情報提供をした場合算定						
所定疾患施設療養費 II	1日	482	964	1445	所定疾患(肺炎・尿路感染・帯状疱疹)について、投薬・検査・注射・処でを行った場合算定(1ヶ月7日間を限定)							
緊急時治療管理	1日	519	1037	1554	病状が重篤となり、救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療ででである。 管理を行った場合算定(投薬・検査・注射・処置等)							
ターミナルケア加算(1)	1日	163	325	487	死亡日以前4日以上30日以下	医師が医学的知見に基づき、回復する見込 みが ないと判断した利用者様で、医師、看護師、						
ターミナルケア加算(2)	1日	832	1663	2494	死亡日前日及び前々日	介 護職員等が共同してご入所者の状態又は家 族の求めに応じ随時説明させていただいた場 合						
ターミナルケア加算(3)	1日	1674	3347	5019	死亡日	算定。 (お亡くなりになられた日によって加算 額変動)						

排泄支援加算	1月	102	203	304	排泄に介護を要する入所者に対し、多職種が共同して当該入所者が排泄に介護を要する原因を分析し、それに基づいた計画を作成及びそれに基づく支援を行った場合に算定。(6か月以内の期間に限り、1か月につき算定)
褥瘡マネジメント加算(3か月につき)		11	21	30	入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて施設入所時に評価するとともに 3か月1回評価を行い、その評価結果を提出する。評価の結果、入所者ごとに多 職種と共同して褥瘡ケア計画の作成、管理の実施、記録を作った場合に算定。 (3か月に1回を限度)

※ご利用中に加算料金として毎月かかる費用となります。