

I 介護保健施設サービス(入所)

1 保険適用料金

介護保険対象費用		利用者負担			単位	備考
		1割	2割	3割		
介護老人保健施設サービス費 ※一日あたりの基本料金です	要介護1	871	1,742	2,613	円/日	
	要介護2	947	1,894	2,841	円/日	
	要介護3	1014	2,028	3,042	円/日	
	要介護4	1,072	2,144	3,216	円/日	
	要介護5	1,125	2,250	3,375	円/日	
加算項目	夜勤職員配置加算	24	48	72	円/日	
	外泊時費用	362	724	1,086	円/日	月6日まで
	ターミナルケア加算31-45	72	144	216	円/日	
	ターミナルケア加算 4-30	160	320	480	円/日	
	ターミナルケア加算 2-3	910	1,820	2,730	円/日	
	ターミナルケア加算 1	1,900	3,800	5,700	円/日	
	初期加算 (I)	60	120	180	円/日	入所から30日間 (30日以内に退院後)
	初期加算 (II)	30	60	90	円/日	入所から30日間
	試行的退所時指導加算	400	800	1,200	円/回	
	協力医療機関連携加算	100	200	300	円/月	令和7年4月1日以降 50単位/月
	退所時情報提供加算 (I)	500	1,000	1,500	円/回	居宅へ退所した場合
	退所時情報提供加算 (II)	250	500	750	円/回	医療機関へ退所した場合
	入退所前連携加算 (I) /回	600	1,200	1,800	円/回	
	入退所前連携加算 (II) /回	400	800	1,200	円/回	
	訪問看護指示加算	300	600	900	円/回	
	経口移行加算	28	56	84	円/日	180日以内
	所定疾患施設療養費 (I)	239	478	717	円/日	
	所定疾患施設療養費 (II)	480	960	1,440	円/日	
	認知症行動心理症状緊急対応加算	200	400	600	円/日	
	短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	258	516	774	円/回	3月以内
	短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	200	400	600	円/回	3月以内
	認知症短期集中リハビリテーション加算 (I)	240	480	720	円/回	3月以内週3日まで
	認知症短期集中リハビリテーション加算 (II)	120	240	360	円/回	3月以内週3日まで
	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	円/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	円/月	
	入所前後訪問指導加算 (I)	450	900	1,350	円/回	
	入所前後訪問指導加算 (II)	480	960	1,440	円/回	
	経口維持加算 (I)	400	800	1,200	円/月	
	経口維持加算 (II)	100	200	300	円/月	
	口腔衛生管理加算 (I) /月	90	180	270	円/月	
	口腔衛生管理加算 (II) /月	110	220	330	円/月	
	療養食加算	6	12	18	円/回	1食あたり
	退所時栄養情報連携加算	70	140	210	円/回	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ	140	280	420	円/月	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) ロ	70	140	210	円/月	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II)	240	480	720	円/月	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (III)	100	200	300	円/月	
	排せつ支援加算 (I)	10	20	30	円/月	
	排せつ支援加算 (II)	15	30	45	円/月	
	排せつ支援加算 (III)	20	40	60	円/月	
	褥瘡マネジメント加算 (I)	3	6	9	円/月	
	褥瘡マネジメント加算 (II)	13	26	39	円/月	
	自立支援推進加算	300	600	900	円/月	
	再入所時栄養連携加算	200	400	600	円/回	1回限
	緊急時治療管理	518	1,036	1,554	円/日	
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	51	102	153	円/日	
	科学的介護推進体制加算 (I)	40	80	120	円/日	
	科学的介護推進体制加算 (II)	60	120	180	円/日	
	サービス提供体制強化加算 (I)	22	44	66	円/日	
	安全対策体制加算	20	40	60	円/回	入所中 1回
高齢者等施設等感染対策向上加算 (I)	10	20	30	円/月		
高齢者等施設等感染対策向上加算 (II)	5	10	15	円/月		
新興感染症等施設療養費	240	480	720	円/日		
認知症チームケア推進加算 (I)	150	300	450	円/月		
認知症チームケア推進加算 (II)	120	240	360	円/月		
生産性向上推進体制加算 (I)	100	200	300	円/月		
生産性向上推進体制加算 (II)	10	20	30	円/月		
介護職員処遇改善加算 (I) 令和6年5月まで			3.9%		サービス総額に対して	
介護職員処遇改善加算 (I) 令和6年6月から			7.5%		サービス総額に対して	
介護職員等特定処遇改善加算 (I) 令和6年5月まで			2.1%		サービス総額に対して	
介護職員等ベースアップ等支援加算 令和6年5月まで			0.8%		サービス総額に対して	

I 介護保健施設サービス(入所)

2 保険対象外料金

保険 外 料 金	項目	料金(税込)	備考
	テレビ使用料(1日)	110円/日	ベッド毎に設置
冷蔵庫使用料(1日)	55円/日	冷蔵庫は共用	
特別室料(1日)	440円/日	2人部屋	
洗濯機使用料	100円/回		
乾燥機使用料	100円/回		
理美容料金(女性)	2,500円/回	パーマ等は別料金	
理美容料金(男性)	2,400円/回		
健康管理料	実費	インフルエンザ・肺炎球菌ワクチン接種等	
トロミ剤・栄養補助食品	実費	必要に応じて箱(袋)単位で購入いただきます	
お茶ゼリー	110円/日	ゼリー状のお茶が必要な方	
業者洗濯	484円/Kg	業者への委託	

保 險 そ の 外 料 金 2	項目	料金(税込)	備考
	入所時必需品レンタルシステム	330円/日	タオル類・日用消耗品(CSセット)
タオルや日用品のレンタルは外部業者((株)エラン)とのCSセット契約をお勧めします。契約されますと、ご家族の持ち込みが不要になります。			
CSセット：大判タオル、フェイスタオル、おしぼり、コップ、ストロー、ストローコップ、ヘアブラシ、爪切り、綿棒、BOXティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、義歯ケース、口腔スポンジ、口腔ブラシ、口腔潤滑剤、口腔ティッシュ、舌ブラシ。※シャンプー、リンス、ボディソープは浴室に備え付けをご用意してあります。※別紙資料参照			

保 險 外 料 金 そ の 3	1日の負担額(円)		居住費	食費
	利 用 者 負 担 段 階	第1段階	・本人及び世帯全員が住民税非課税 であって老齢福祉年金の受給者 ・生活保護の受給者	0
第2段階		・本人及び世帯全員が住民税非課税で あって本人の合計所得額+課税年金 収入額が年間80万円以下の方	370	390
第3段階 ①		・本人及び世帯全員が住民税非課税で あって本人の合計所得額+課税年金 収入額が年間80万円超120万円以下の方	370	650
第3段階 ②		・本人及び世帯全員が住民税非課税で あって本人の合計所得額+課税年金 収入額が年間120万円超の方	370	1,360
その他		・上記以外の方	377	1,600

※食費は1日単位です