

利用料及びその他の費用の額(1割)

施設サービス(入所用)

令和8年4月1日 現在

内 容 ・ 区 分	費 用				
	区 分	個 室 i	2人・4人室 iii		
法定自己負担額が2割又は3割(自己負担額は左1割)費用額に2又は3を、それぞれ乗じた金額となります。	要介護 1	717 円/日	793 円/日		
	要介護 2	763 円/日	843 円/日		
	要介護 3	828 円/日	908 円/日		
	要介護 4	883 円/日	961 円/日		
	要介護 5	932 円/日	1,012 円/日		
協力医療機関連携加算(I)※			50 円/月		
高齢者施設等感染対策向上加算(I)※			10 円/月		
高齢者施設等感染対策向上加算(II)※			5 円/月		
初期加算II(入所から30日間)			30 円/日		
外泊時介護保健施設サービス費(1月に6日限度)			362 円/日		
外泊時在宅サービスを利用した時の費用			800 円/日		
短期集中リハビリテーション実施加算I(入所から3月以内)			258 円/日		
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(II)			33 円/月		
褥瘡マネジメント加算(I)			3 円/月		
褥瘡マネジメント加算(II)			13 円/月		
若年性認知症利用者受入加算			120 円/日		
経口移行加算			28 円/日		
経口維持加算(I)			400 円/月		
経口維持加算(II)			100 円/月		
口腔衛生管理加算(II)			110 円/月		
療養食加算			6 円/回		
入所前後訪問指導加算(I)			450 円/回		
退所時情報提供加算(I)			500 円/回		
退所時情報提供加算(II)			250 円/回		
退所時栄養情報連携加算/回			70 円/回		
再入所時栄養連携加算/回			200 円/回		
入退所前連携加算(I)			600 円/回		
入退所前連携加算(II)			400 円/回		
かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)イ			140 円/回		
かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)ロ			70 円/回		
かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)			240 円/回		
かかりつけ医連携薬剤調整加算(III)			100 円/回		
緊急時治療管理加算(3日限度、1月1回限度)+特定治療(医科点数表による)			518 円/日		
所定疾患施設療養費(II)			480 円/日		
ターミナルケア加算	ターミナルケア加算(死亡日)		1,900 円/日		
	ターミナルケア加算(2~3日)		910 円/日		
	ターミナルケア加算(4~30日)		160 円/日		
	ターミナルケア加算(31~45日)		72 円/日		
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)※			51 円/日		
夜勤職員配置加算※			24 円/日		
サービス提供体制強化加算(I)※			22 円/日		
科学的介護推進体制加算(II)※			60 円/月		
安全対策体制加算(入所時1回)			20 円/回		
介護職員等処遇改善加算I ※			所定単位数×7.5% 円/日		
その他の費用	居住費※	区 分	個 室	2人・4人室	
		第1段階	550 円/日	0 円/日	
		第2段階	550 円/日	430 円/日	
		第3段階	1,370 円/日	430 円/日	
		第4段階	1,728 円/日	437 円/日	
	食費※	第1段階		300 円/日	
		第2段階		390 円/日	
		第3段階 ①		650 円/日	
		第3段階 ②		1360 円/日	
		第4段階		2190 円/日	
	◆特別な室料		個 室	2人室	
			1,100 円/日	550 円/日	
	日用品費※			300 円/日	
	教養娯楽費(レクリエーション・誕生会・クラブ活動費等の個別費用)※			実費相当分(200) 円/個別/日	
	◆持込電気器具の電気代(テレビ・冷蔵庫・冷暖房器具等:1台当たり)			110 円/台/回	
	◆インフルエンザ等予防接種料			実費相当分 円/回	
	◆エンゼルケア料			6,600 円/回	
	エンゼルセット料			500 円/個	
	◆ガーゼ寝巻料			実費相当分 円/枚	
	◆文書料(簡単なもの)			2,200 円/通	
◆洗濯代(業者洗濯)			825 円/回		
理容料(外部委託業者)顔剃りあり			2,300 円/回		
理容料(外部委託業者)顔剃りなし			2,000 円/回		
◆送迎料(片道)	5km未満		1,100 円/回		
	5km~10km		2,200 円/回		
	10km~20km		3,300 円/回		
	20km以上		5,500 円/回		

(注) 1. ※印は、基本的に全てのご利用者様に必要となります。それ以外の項目は、当施設において算定要件が満たされた場合に全てのご利用者様に必要となります。

2. ◆印には、消費税が含まれています。

3. 予防接種料は、お住まいの市町村から補助がある場合があります。

4. 居住費・食費について、介護保険負担限度額認定証を市町村から交付されているご利用者様は、書面記載の金額になります。(第1段階・第2段階・第3段階の方) それ以外の項目は、要件が満たされた場合に全てのご利用者様に必要となります。