

【表Ⅱ】 介護老人保健施設 ナーシングホームかたくり
2階利用料金(入所) 2019.10.1～(1割負担)

《多床室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の1割)	基本料金	775	823	884	935	989
	夜勤職員配置加算	24	24	24	24	24
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	18	18	18	18	18
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	34	34	34	34	34
	栄養マネジメント加算	14	14	14	14	14
	認知症ケア加算	76	76	76	76	76
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	4	4	4	4
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	370	370	370	370	370
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		3,347	3,401	3,468	3,524	3,584

《従来型個室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の1割)	基本料金	701	746	808	860	911
	夜勤職員配置加算	24	24	24	24	24
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	18	18	18	18	18
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	34	34	34	34	34
	栄養マネジメント加算	14	14	14	14	14
	認知症ケア加算	76	76	76	76	76
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	4	4	4	4
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		4,535	4,585	4,654	4,712	4,768

〔その他の利用料金〕

必要に応じてかかる負担額(1割負担の場合)	
短期集中リハビリテーション実施加算	1日 240円
認知症短期集中リハビリテーション	1日 240円
外泊の場合の利用料金	1日 362円
ターミナルケア加算	
4日前～30日前	160円
前日及び前々日	820円
当日	1650円
初期加算	1日につき 30円
経口移行加算	1日につき 28円
経口維持加算Ⅰ	1月につき 400円
経口維持加算Ⅱ	1月につき 100円
口腔衛生管理体制加算	1月につき 30円
療養食加算	1日につき 6円
認知症情報提供加算	350円
試行的退所時指導加算	400円
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125円
所定疾患施設療養費Ⅰ	1日につき 239円
所定疾患施設療養費Ⅱ	1日につき 480円
排せつ支援加算	1月につき 100円
褥瘡マネジメント加算	1月につき 10円
低栄養リスク改善加算	1月につき 300円
再入所時栄養連携加算	400円
※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)と介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)	
※上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、利用料については、厚労省令その他の通知等により変更することがあります。	

収入に応じて第1段階～第4段階別負担額				
段階	第1	第2	第3	第4
滞在費 (多床室)	0	370	370	370
滞在費 (個室)	490	490	1,310	1,640
食費	300	390	650	1,530
その他の自己負担額(全員統一料金)				
電気料(1種1日)				50円
洗濯代(1枚)				
上着、バスタオル等				100円
下着、タオル等				50円
理髪代				1,500円
カラー(毛染め)				3,000円
パーマ				4,000円
※ その他、日常生活上必要となる諸経費については実費負担になります。 例：嗜好品購入代金、歯ブラシ、電話代、ティッシュペーパー、ホリダ、トイレ代等				
※ ご家族ご本人の都合による、外出等をした場合(当職員同伴)、実費となります。				

【表Ⅱ】 介護老人保健施設 ナーシングホームかたくり
2階利用料金(入所) 2019.10.1～(2割負担)

《多床室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の2割)	基本料金	1550	1646	1768	1870	1,978
	夜勤職員配置加算	48	48	48	48	48
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	36	36	36	36	36
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	68	68	68	68	68
	栄養マネジメント加算	28	28	28	28	28
	認知症ケア加算	152	152	152	152	152
	認知症専門ケア加算Ⅱ	8	8	8	8	8
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	370	370	370	370	370
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		4,395	4,500	4,635	4,748	4,868

《従来型個室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の2割)	基本料金	1402	1492	1616	1720	1822
	夜勤職員配置加算	48	48	48	48	48
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	36	36	36	36	36
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	68	68	68	68	68
	栄養マネジメント加算	28	28	28	28	28
	認知症ケア加算	152	152	152	152	152
	認知症専門ケア加算Ⅱ	8	8	8	8	8
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		5,501	5,599	5,737	5,852	5,964

〔その他の利用料金〕

必要に応じてかかる負担額(2割負担の場合)		
短期集中リハビリテーション実施加算	1日	480円
認知症短期集中リハビリテーション	1日	480円
外泊の場合の利用料金	1日	724円
ターミナルケア加算		
	4日前～30日前	320円
	前日及び前々日	1640円
	当日	3300円
初期加算	1日につき	60円
経口移行加算	1日につき	56円
経口維持加算Ⅰ	1月につき	800円
経口維持加算Ⅱ	1月につき	200円
口腔衛生管理体制加算	1月につき	60円
療養食加算	1日につき	12円
認知症情報提供加算		700円
試行的退所時指導加算		800円
かかりつけ医連携薬剤調整加算		250円
所定疾患施設療養費Ⅰ	1日につき	478円
所定疾患施設療養費Ⅱ	1日につき	960円
排せつ支援加算	1月につき	200円
褥瘡マネジメント加算	1月につき	20円
低栄養リスク改善加算	1月につき	600円
再入所時栄養連携加算		800円
※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)と介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)		
※上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、利用料については、厚労省令その他の通知等により変更することがあります。		

収入に応じて第1段階～第4段階別負担額				
段階	第1	第2	第3	第4
滞在費 (多床室)	0	370	370	370
滞在費 (個室)	490	490	1,310	1,640
食費	300	390	650	1,530
その他の自己負担額(全員統一料金)				
電気料(1種1日)	50円			
洗濯代(1枚)				
上着、バスタオル等	100円			
下着、タオル等	50円			
理髪代	1,500円			
カラー(毛染め)	3,000円			
パーマ	4,000円			
※ その他、日常生活上必要となる諸経費については実費負担になります。 例：嗜好品購入代金、歯ブラシ、電話代、ティッシュペーパー、ホリダ、トイレ代等				
※ ご家族ご本人の都合による、外出等をした場合(当職員同伴)、実費となります。				

【表Ⅱ】 介護老人保健施設 ナーシングホームかたくり
2階利用料金(入所) 2019.10.1～(3割負担)

《多床室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の3割)	基本料金	2325	2469	2652	2805	2,967
	夜勤職員配置加算	72	72	72	72	72
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	54	54	54	54	54
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	102	102	102	102	102
	栄養マネジメント加算	42	42	42	42	42
	認知症ケア加算	228	228	228	228	228
	認知症専門ケア加算Ⅱ	12	12	12	12	12
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	370	370	370	370	370
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		5,442	5,601	5,802	5,973	6,152

《従来型個室》

(1日あたり 円表示)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険内 (保険の3割)	基本料金	2103	2230	2424	2580	2733
	夜勤職員配置加算	72	72	72	72	72
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	54	54	54	54	54
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	102	102	102	102	102
	栄養マネジメント加算	42	42	42	42	42
	認知症ケア加算	228	228	228	228	228
	認知症専門ケア加算Ⅱ	12	12	12	12	12
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に3.9%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に2.1%を乗じます(小数点以下四捨五入)				
地域区分(5級地)		一単位を10.45円で計算します(1円未満切捨て)				
保険外 (自費)	滞在費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
	食費	1,530	1,530	1,530	1,530	1,530
	日用品費	200	200	200	200	200
	教養娯楽費	200	200	200	200	200
利用者負担額合計		6,465	6,606	6,820	6,994	7,162

〔その他の利用料金〕

必要に応じてかかる負担額(3割負担の場合)		
短期集中リハビリテーション実施加算	1日	720円
認知症短期集中リハビリテーション	1日	720円
外泊の場合の利用料金	1日	1086円
ターミナルケア加算		1086円
	4日前～30日前	480円
	前日及び前々日	2460円
	当日	4950円
初期加算	1日につき	90円
経口移行加算	1日につき	84円
経口維持加算Ⅰ	1月につき	1200円
経口維持加算Ⅱ	1月につき	300円
口腔衛生管理体制加算	1月につき	90円
療養食加算	1日につき	18円
認知症情報提供加算		1050円
試行的退所時指導加算		1200円
かかりつけ医連携薬剤調整加算		375円
所定疾患施設療養費Ⅰ	1日につき	717円
所定疾患施設療養費Ⅱ	1日につき	1440円
排せつ支援加算	1月につき	300円
褥瘡マネジメント加算	1月につき	30円
低栄養リスク改善加算	1月につき	900円
再入所時栄養連携加算		1200円
※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)と介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)		
※上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、利用料については、厚労省令その他の通知等により変更することがあります。		

収入に応じて第1段階～第4段階別負担額				
段階	第1	第2	第3	第4
滞在費 (多床室)	0	370	370	370
滞在費 (個室)	490	490	1,310	1,640
食費	300	390	650	1,530
その他の自己負担額(全員統一料金)				
電気料(1種1日)				50円
洗濯代(1枚)				
上着、バスタオル等				100円
下着、タオル等				50円
理髪代				1,500円
カラー(毛染め)				3,000円
パーマ				4,000円
※ その他、日常生活上必要となる諸経費については実費負担になります。 例：嗜好品購入代金、歯ブラシ、電話代、ティッシュペーパー、ホリゾン、トイレ代等				
※ ご家族ご本人の都合による、外出等をした場合(当職員同伴)、実費となります。				