老人保健施設 希望の館 施設入所 料金表(強化型・超強化型)

①1 か月の費用の目安<31 日換算・1割負担の方>(③基本報酬及び加算+④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	栄養強化	食費/居住費	日用品/おやつ代	計	3 段階②	3 段階①	2 段階	1 段階
要介護1	27,001	744	682	341	67,687	7,905	104,360 円	92,103 円	70,093 円	62,033 円	45,973 円
要介護2	29,357	744	682	341	67,687	7,905	106,716 円	94,459 円	72,449 円	64,389 円	48,329 円
要介護3	31,434	744	682	341	67,687	7,905	108,793 円	96,536 円	74,526 円	66,466 円	50,406 円
要介護4	33,232	744	682	341	67,687	7,905	110,591 円	98,334 円	76,324 円	68,264 円	52,204 円
要介護5	34,875	744	682	341	67,687	7,905	112,234 円	99,977 円	77,967 円	69,907 円	53,847 円

	従来型個室 												
	要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	栄養強化	食費/居住費	日用品/おやつ代	特別室室料	計	3 段階②	3 段階①	2 段階	1 段階
	要介護1	24,428	744	682	341	111,008	7,905	68,200	210,008 円	186,870 円	164,860 円	131,380 円	128,590 円
٦	要介護2	26,753	744	682	341	111,008	7,905	68,200	212,333 円	189,195 円	167,185 円	132,825 円	130,915 円
2F	要介護3	28,768	744	682	341	111,008	7,905	68,200	214,348 円	191,210 円	169,200 円	135,720 円	132,930 円
	要介護4	30,535	744	682	341	111,008	7,905	68,200	216,115 円	192,977 円	170,967 円	137,487 円	134,697 円
	要介護5	33,240	744	682	341	111,008	7,905	68,200	218,820 円	195,682 円	173,672 円	140,192 円	137,402 円
	要介護1	24,428	744	682	341	111,008	7,905	51,150	192,958 円	169,820 円	147,810 円	114,330 円	111,540 円
	要介護2	26,753	744	682	341	111,008	7,905	51,150	195,283 円	172,145 円	150,135 円	116,655 円	113,865 円
3F	要介護3	28,768	744	682	341	111,008	7,905	51,150	197,298 円	174,160 円	152,150 円	118,670 円	115,880 円
	要介護4	30,535	744	682	341	111,008	7,905	51,150	199,065 円	175,927 円	153,917 円	120,437 円	117,647 円
	要介護5	33,240	744	682	341	111,008	7,905	51,150	201,770 円	178,632 円	156,622 円	123,142 円	120,352 円

注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。基本サービス費には、日常的なおむつ代・医学的管理・投薬代が含まれています。

②1 か月の費用の概算(③基本報酬及び加算④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

上記区分別費用	短期集中い(週5回・3月)	在宅復帰支援機能加算Ⅱ	LIFE 関連	介護職員等処遇改善加算 I	衣類洗濯代	合計金額
H	約 3,000 円	1,581 円	100円	2,600 円	3,000~4,000円	н

[※]諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算 II が算定されます。所定単位数には介護職員等処遇改善加算 I が算定されます。上記は概算となります。詳細は毎月の請求書をご確認ください。 ※1 か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・居住費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要介護	1		要介護 2	要介護 3			要介護 4	要介護 5				
多床室		871		947	1,	014		1,072	1,	125			
従来型個室		788		863		928		985	1,0	040			
夜勤体制加算			24	再入所時栄養連持	隽加算		200	口腔衛生管理加	□算Ⅱ(1 月につき)		110	褥瘡マネジメント加算 I (1 月につき)	3
短期集中リハビリテーションタ	実施加算 I	2	258	入所前後訪問指導	導加算 I		450	療養食加算(1 食	まにつき)		6	褥瘡マネジメント加算Ⅱ(1月につき)	13
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		2	200	入所前後訪問指導	尊加算 Ⅱ		480	かかりつけ医連	携加算Iイ		140	自立支援加算(1月につき)	300

240	試行的退所時指導加算	400	かかりつけ医連携加算 I ロ	70	安全対策加算(入所中1回)	20
120	退所時情報提供加算 I	500	かかりつけ医連携加算 Ⅱ	240	排泄支援加算 I (1 月につき)	10
120	退所時情報提供加算Ⅱ	250	かかりつけ医連携加算Ⅲ	100	排泄支援加算Ⅱ(1月につき)	15
51	入退所前連携加算I	600	特定治療		排泄支援加算皿(1月につき)	20
51	入退所前連携加算Ⅱ	400	緊急時治療管理	518	科学的介護推進体制加算 I (1 月につき)	40
362	訪問看護指示加算	300	所定疾患施設療養費 I	239	科学的介護推進体制加算Ⅱ(1月につき)	60
800	協力医療機関連携加算 1元6 年度から	100/月	所定疾患施設療養費 Ⅱ	480	高齢者施設感染対策向上加算 I (1月につき)	10
1,900	協力医療機関連携加算 1ʀ7 年度から	50/月	認知症専門ケア加算 I	3	高齢者施設感染対策向上加算Ⅱ(1月につき)	5
910	協力医療機関連携加算 2円 年度から	5/月	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	新興感染症施設療養費(1月に1回5日を限度)	240
160	栄養マネジメント強化加算	11	認知症チームケア加算 I (1 月につき)	150	生産性向上推進体制加算 I (1月につき)	100
72	経口移行加算	28	認知症チームケア加算 Ⅱ(1 月につき)	120	生産性向上推進体制加算Ⅱ(1月につき)	10
60	経口維持加算 I (1 月につき)	400	認知症行動心理症状緊急加算	200	サービス提供体制強化加算	22
30	経口維持加算Ⅱ(1 月につき)	100	リハマネ計画書情報加算 I (1 月につき)	53	介護職員等処遇改善加算 I	7.5%
70	口腔衛生管理加算 I (1 月につき)	90	リハマネ計画書情報加算Ⅱ(1月につき)	33		
	120 120 51 51 362 800 1,900 910 160 72 60	120 退所時情報提供加算 I 120 退所時情報提供加算 I 120 退所時情報提供加算 I 51 入退所前連携加算 I 51 入退所前連携加算 I 362 訪問看護指示加算 800 協力医療機関連携加算 1R6 年度から 1,900 協力医療機関連携加算 1R7 年度から 910 協力医療機関連携加算 2R7 年度から 160 栄養マネジメント強化加算 72 経口移行加算 60 経口維持加算 I (1 月につき) 30 経口維持加算 II (1 月につき)	120 退所時情報提供加算 I 500 120 退所時情報提供加算 I 250 51 入退所前連携加算 I 600 51 入退所前連携加算 I 400 362 訪問看護指示加算 300 800 協力医療機関連携加算 1R6 年度から 100/月 1,900 協力医療機関連携加算 1R7 年度から 50/月 910 協力医療機関連携加算 2R7 年度から 5/月 160 栄養マネジメント強化加算 11 72 経口移行加算 28 60 経口維持加算 I (1 月につき) 400 30 経口維持加算 II (1 月につき) 100	120 退所時情報提供加算 I 500 かかりつけ医連携加算 II 120 退所時情報提供加算 I 250 かかりつけ医連携加算 II 250 かかりつけ医連携加算 II 51 入退所前連携加算 I 600 特定治療 51 入退所前連携加算 II 400 緊急時治療管理 362 訪問看護指示加算 300 所定疾患施設療養費 I 800 協力医療機関連携加算 1R6 年度から 100/月 所定疾患施設療養費 I 1,900 協力医療機関連携加算 1R7 年度から 50/月 認知症専門ケア加算 I 910 協力医療機関連携加算 2R7 年度から 5/月 認知症専門ケア加算 I 160 栄養マネジメント強化加算 11 認知症チームケア加算 I (1月につき) 72 経口移行加算 28 認知症チームケア加算 I (1月につき) 60 経口維持加算 I (1月につき) 400 認知症行動心理症状緊急加算 30 経口維持加算 II (1月につき) 100 リハマネ計画書情報加算 I (1月につき)	120 退所時情報提供加算 I 500 かかりつけ医連携加算 II 240 120 退所時情報提供加算 II 250 かかりつけ医連携加算 II 100 51 入退所前連携加算 II 600 特定治療 51 入退所前連携加算 II 400 緊急時治療管理 518 362 訪問看護指示加算 300 所定疾患施設療養費 I 239 800 協力医療機関連携加算 1R6 年度から 100/月 所定疾患施設療養費 I 239 800 協力医療機関連携加算 1R7 年度から 50/月 認知症専門ケア加算 I 3 910 協力医療機関連携加算 2R7 年度から 50/月 認知症専門ケア加算 I 4 160 栄養マネジメント強化加算 11 認知症チームケア加算 I (1月につき) 150 72 経口移行加算 28 認知症チームケア加算 I (1月につき) 120 60 経口維持加算 I (1月につき) 400 認知症行動心理症状緊急加算 200 30 経口維持加算 II (1月につき) 100 リハマネ計画書情報加算 I (1月につき) 53	120 退所時情報提供加算 I 500 かかりつけ医連携加算 I 240 排泄支援加算 I (1月につき) 120 退所時情報提供加算 I 250 かかりつけ医連携加算 I 100 排泄支援加算 I (1月につき) 51 入退所前連携加算 I 600 特定治療 排泄支援加算 II (1月につき) 51 入退所前連携加算 I 400 緊急時治療管理 518 科学的介護推進体制加算 I (1月につき) 362 訪問看護指示加算 300 所定疾患施設療養費 I 239 科学的介護推進体制加算 I (1月につき) 800 協力医療機関連携加算 IR6 年度から 100/月 所定疾患施設療養費 I 480 高齢者施設感染対策向上加算 I (1月につき) 1,900 協力医療機関連携加算 IR7 年度から 50/月 認知症専門ケア加算 I 3 高齢者施設感染対策向上加算 I (1月につき) 910 協力医療機関連携加算 2R7 年度から 5/月 認知症専門ケア加算 I 4 新興感染症施設療養費(1月に1回5日を限度) 160 栄養マネジメント強化加算 11 認知症チームケア加算 I (1月につき) 150 生産性向上推進体制加算 I (1月につき) 72 経口移行加算 28 認知症チームケア加算 I (1月につき) 120 生産性向上推進体制加算 I (1月につき) 60 経口維持加算 I (1月につき) 400 認知症行動心理症状緊急加算 200 サービス提供体制強化加算 30 経口維持加算 I (1月につき) 100 リハマネ計画書情報加算 I (1月につき) 53 介護職員等処遇改善加算 I

[※]加算については、必要に応じて算定されます。

④食費・居住費(所得・資産用件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説 明	
第1段階	300	0	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	
第2段階	390	430	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	── ──────────────────────────────────
第3段階①	650	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 80 万円超 120 万円以下	── ↑貝准安件
第 3 段階②	1,360	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 120 万円超	
標準世帯	1,750	437	1,728	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

[※]食費は日額設定のため、1日に一食でも食事を提供した場合は日額設定での請求となります。

⑤介護保険外費用

少月成体队 开复用								
項目	金	額	品目					
日用品費		200 円	シャンプー・リンス・ホ・テ・ィーソープ・歯ブ・ラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュヘーハー・ウェットティッシュ・ハ・スタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤					
おやつ代		55 円	個人の嗜好に基づいて提供されるおやつ					
持ち込み電気器具※		55 円/1 点	レビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)					
業者洗濯代※		1ネット 396円	業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)					
理美容代※		2,000 円 程度	業者による理美容を希望された場合					
特別室室料※	2F	2,200 円	冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込					
	3F 1,650 P		家具付属、電気代込					
診断書料※	·死t	上診断書 5,500 円	(再交付 3,300 円) ·他診断書等 1,100 円 ·各種証明書料 220 円					

[※]ご家族様への食事は朝食 450 円・昼食 650 円・夕食 650 円で提供することが可能です。

[※]外泊された場合は、外泊時費用と居住費・特別室室料(個室の場合)が算定されます。

①1日の費用の目安<1割負担の方>(③基本報酬及び加算④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

	多床室												
要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	計	3 段階②	3 段階①	2 段階	1 段階			
要介護1	902	24	22	2,187	200	3,335 円	2,878 円	2,578 円	2,178 円	1,448 円			
要介護2	979	24	22	2,187	200	3,412 円	2,955 円	2,655 円	2,255 円	1,525 円			
要介護3	1,044	24	22	2,187	200	3,477 円	3,020 円	2,720 円	2,320 円	1,590 円			
要介護4	1,102	24	22	2,187	200	3,535 円	3,078 円	2,778 円	2,378 円	1,648 円			
要介護5	1,161	24	22	2,187	200	3,594 円	3,137 円	2,837 円	2,437 円	1,707 円			

	(
0.5	要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	特別室室料	計	3 段階②	3 段階①	2 段階	1 段階	
2F	要介護1	819	24	22	3,478	200	2,100	6,643 円	5,835 円	5,535 円	4,315 円	4,015 円	
3,	要介護2	893	24	22	3,478	200	2,100	6,717 円	5,909 円	5,609 円	4,389 円	4,089 円	
4	要介護3	958	24	22	3,478	200	2,100	6,782 円	5,974 円	5,674 円	4,454 円	4,154 円	
7	要介護4	1017	24	22	3,478	200	2,100	6,841 円	6,033 円	5,733 円	4,513 円	4,213 円	
8	要介護5	1074	24	22	3,478	200	2,100	6,898 円	6,090 円	5,790 円	4,570 円	4,270 円	
	要介護1	819	24	22	3,478	200	1,650	6,193 円	5,385 円	5,085 円	3,865 円	3,565 円	
	要介護2	893	24	22	3,478	200	1,650	6,267 円	5,459 円	5,159 円	3,939 円	3,639 円	
3F	要介護3	958	24	22	3,478	200	1,650	6,332 円	5,524 円	5,224 円	4,004 円	3,704 円	
	要介護4	1,017	24	22	3,478	200	1,650	6,391 円	5,583 円	5,283 円	4,063 円	3,763 円	
	要介護5	1,074	24	22	3,478	200	1,650	6,448 円	5,640 円	5,340 円	4,120 円	3,820 円	

[※]注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。また、上記以外にかかる加算がございます。療養費には、日常的なおむつ代・投薬代が含まれています。

②1日の費用の概算(③基本報酬及び加算④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

上記区分別費用	個別リハビリ	在宅復帰支援機能加算Ⅱ	介護職員等処遇改善加算 I	合計金額	
н	240 円	51 円	90 円	А	

[※]諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱが算定されます。所定単位数には介護職員等処遇改善加算Ⅰが算定されます。上記は概算となります。詳細は毎月の請求書をご確認ください。 ※1 か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・滞在費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要介護1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
多床室	902	979	1,044	1,102	1,161
従来型個室	819	893	958	1,017	1,074

特定介護老人保健施設短期入所療養介護費	_	若年性認知症利用受入加算(特定)	60	認知症専門ケア加算 I	3
・3 時間以上 4 時間未満	664	重度療養管理加算	120	認知症専門ケア加算Ⅱ	4
・4 時間以上 6 時間未満	927	重度療養管理加算(特定)	60	緊急時治療管理	518
•6 時間以上 8 時間未満	1,296	在宅復帰·在宅療養支援機能加算 I	51	特定治療	_
夜勤体制加算	24	在宅復帰·在宅療養支援機能加算 II	51	生産性向上推進加算 I (1月につき)	100
個別リハビリテーション実施加算	240	送迎加算(片道あたり)	184	生産性向上推進加算Ⅱ(1月につき)	10
認知症行動・心理症状緊急対応加算※(7 日を限度)	200	総合医学管理加算(10 日を限度)	275	サービス提供体制加算 I	22
緊急短期入所受入対応加算(7-14 日を限度)	90	口腔連携強化加算(1月に1回を限度)	50	介護職員等処遇改善加算I	7.5%
若年性認知症利用受入加算※との併用不可	120	療養食加算(1 回につき)	8		

[※]加算については、必要に応じて算定されます。

④食費・滞在費(所得・資産用件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説 明	
第1段階	300	0	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	
第2段階	600	430	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	次在西州
第3段階①	1,000	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 80 万円超 120 万円以下	── +資産要件 ──
第 3 段階②	1,300	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 120 万円超	1
標準世帯	1,750	437	1,728	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

[※]第1~3段階の方は日額設定となります。標準世帯に該当する場合は、朝食 450 円・昼食 650 円・夕食 650 円に食数を掛けた請求となります。

⑤介護保険外費用

項目	金	額	品目						
日用品費		200 円	ャンプー・リンス・ポーティーソープ・歯ブラジ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・ロ腔洗浄液・入歯洗浄剤						
おやつ代		55 円	人の嗜好に基づいて提供されるおやつ						
持ち込み電気器具※ 55円/1点		55 円/1 点	ビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)						
業者洗濯代※	1ネット 396円		業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)						
理美容代※		2,000円 程度	業者による理美容を希望された場合						
特別室室料※	2F	2,200 円	冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込						
	3F	1,650円	家具付属、電気代込						
診断書料※	•死亡		(再交付 3,300 円) ·他診断書等 1,100 円 ·各種証明書料 220 円						

[※]ご家族様への食事は朝食 450 円·昼食 650 円·夕食 650 円で提供することが可能です。

①1日の費用の目安<1割負担の方>(③基本報酬及び加算④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

	多床室														
要:	介護度	基本サービス費	夜勤)体制 サ	ナービス体制	食費/居住費	日用品	計 (4 段階)		3 段階②		3 段階①	2 段階	1 段階	
要	支援 1	672		24	22	2,187	200	3,1	05 円	2,648 円		2,348 円	1,948 円	1,218 円	
要	支援 2	834		24	22	2,187	200	3,2	.67 円		2,810 円	2,510 円	2,110 円	1,380 円	
	従来型個室														
	要介護原	度 基本サービ	え費	夜勤体制	サービス体制	制 食費/居住費	日用品おやつ代	特別室室料	-	計 段階)	3 段階②	3 段階①	2 段階	1 段階	
2F	要支援	1	632	24	2	2 3,4	78 200	2,100	6	6,456 円	5,648 円	5,348 円	4,128 円	3,828 円	
	要支援	2	778	24	2	2 3,4	78 200	2,100	6	6,602 円	5,794 円	5,494 円	4,274 円	3,974 円	
3F	要支援	1	632	24	2	2 3,4	78 200	1,650	6	6,006 円	5,198 円	4,898 円	3,678 円	3,378 円	
3F	要支援	2	778	24	2	2 3,4	78 200	1,650	6	6,152 円	5,344 円	5,044 円	3,824 円	3,524 円	

[※]注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。また、上記以外にかかる加算がございます。療養費には、日常的なおむつ代・投薬代が含まれています。

②1日の費用の概算(③基本報酬及び加算④食費・居住費+⑤介護保険外費用)

上記区分別費用	個別リハビリ	在宅復帰支援機能加算 Ⅱ	介護職員等処遇改善加算 I	合計金額	
Ħ	240 円	51 円	90 円	н	

※諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算 II が算定されます。所定単位数には介護職員等処遇改善加算 I が算定されます。上記は概算となります。詳細は毎月の請求書をご確認ください。 ※1 か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・滞在費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要支援 1	要支	援 2				
多床室	672		834				
従来型個室	632		778				
夜勤体制加算	24	送迎加算()	片道あたり)	184	生産性向上推進加算 I (1月につき)	100	
個別リハビリテーション実施加算	240	総合医学管	管理加算(10 日を限度)	275	生産性向上推進加算 II (1月につき)	10	
認知症行動·心理症状緊急	200	口腔連携強	食化加算(1月に1回を限度)	50	サービス提供体制加算 I	22	
緊急短期入所受入対応	芯加算(7日間)	90	療養食加算	(1回につき)	8	介護職員等処遇改善加算I	7.5%
若年性認知症利用受力	入加算	120	認知症専門	引ケア加算 I	3		
重度療養管理加算		120	認知症専門	『ケア加算 Ⅱ	4		
在宅復帰・在宅療養支援	51	緊急時治療	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	518			
在宅復帰・在宅療養支援	51	特定治療		-			
ツャケーヘレイル ツェ		•	•		•	•	

※加算については、必要に応じて算定されます。

④食費・滞在費(所得・資産用件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説 明	
第1段階	300	0	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	
第2段階	600	430	550	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	· 次 立 而 //-
第3段階①	1,000	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 80 万円超 120 万円以下	+資産要件
第 3 段階②	1,300	430	1,370	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が 120 万円超	
標準世帯	1,750	437	1,728	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

[※]第1~3段階の方は日額設定となります。標準世帯に該当する場合は、朝食 450 円・昼食 650 円・夕食 650 円に食数を掛けた請求となります。

⑤介護保険外費用

項 目	金	額	品目						
日用品費		200 円	シャンプー・リンス・ホーティーソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュへーハー・ウェットティッシュ・ハスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤						
おやつ代		55 円	55円 個人の嗜好に基づいて提供されるおやつ						
持ち込み電気器具※		55 円/1 点	テレビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)						
業者洗濯代※		1ネット 396円	業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)						
理美容代※		2,000 円 程度	業者による理美容を希望された場合						
特別室室料※	2F	2,200 円	冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込						
3F 1,650 円 家具付属、電気代込									
診断書料※ · 死亡診断書 5,500 円 (再交付 3,300 円) · 他診断書等 1,100 円 · 各種証明書料 220 円									

[※]ご家族様への食事は朝食 450 円・昼食 650 円・夕食 650 円で提供することが可能です。

①1 日の費用の目安<1割負担の方>(②+③)

	6 時間以上 7 時間未満(9:30~15:40 まで)での日額利用料金(入浴・短期個別リハ実施・3 か月未満の 方)												
要介護度			介護給付費の 1 割(3	その他の	費用	計							
	通所リハビリテーション費	サービス提供	リハマネ加算	短期集中個別リハ	入浴介助	昼食代	日用品費						
要介護1	715				40	650	150	1,687					
要介護2	850		※月に 1 回算定されます					1,822					
要介護3	981	22		110				1,953					
要介護4	1,137		(240~863)					2,109					
要介護5	1,290							2,262					

_m 553

②基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

369

383

- 486

安介護	_ 309 _		=	303	_	400	四時	555			022	六	/13		※送迎の距離・体力・経済的な理由等で提	世時間の
要介護 2	間以	398	時間	439	間以	565	間以	642		間以	738	間以	850			
要介護 3	Ě	429	上	498	上四時	643	上五	730		上六	852	上七	981		変更が可能です	
要介護 4	時間	458	時間	555	間未	743	間未	844		間未	987	間未	1137	7		
要介護 5	満	491 満	未 満	612	一满	842	満	957		満	1,120	満	1,29	0		
感染症・災害による	5利用者	減少		+3/100	入浴介助				60	認知症短	期集中リリハ実施力	n算 I / E	1	240	- ロ腔機能向上加算Ⅱ□ 月 2 回まで	160
1-2h 未満でのP [*]	1-2h 未満でのPT·OT2 名以上配置			30	リハマネ加算Aイ⇒イ 6 月以内/月				560	認知症短期集中リリハ実施加算 Ⅱ/月				1920	重度療養管理加算(1 日につき)	100
通常の事業を超え	た地域加	算		5%	リハマネ加算Aイ⇒イ 6 月超 /月				240	生活行為	向上リハマネ加算 6	月以内/	月	1250	中重度者ケア体制加算(1 日につき)	20
リハビリテーション提供イ	体制加算	≨ 3-4h		12	リハマネ加算ロ⇒イ6 月以内/月			593	栄養アセス	栄養アセスメント加算/月			50	科学的介護推進体制加算(1 月につき)	40	
リハビリテーション提供イ	体制加算	‡ 4-5h		16	リハマネ加算	草口⇒16 月超 /	月		273	栄養改善	島加算(月 2 回ま	で)		200	事業者が送迎を行わない場合(片道につき)	-47
リハビリテーション提供イ	体制加算	⊋ 5-6h		20	リハマネ加算	草Bイ⇒ハ6 月以戸	勺/月		793	口腔栄養	をスクリーニング加算 〕	[1回/6	月	20	退院時共同指導加算(1 回につき)	600
リハビリテーション提供イ	リハビリテーション提供体制加算 6-7h			24	リハマネ加拿	草Bイ⇒亻6 月 超	/月		473	口腔栄養	をスクリーニング加算 I	I1回/6	月	5	移行支援加算(1 日につき)	12
リハビリテーション提供イ	リハビリテーション提供体制加算 7h 以上			28	事業所の	医師による説明同	意		270	口腔機能	と向上加算 I 月	2 回ま	で	150	サービス提供体制強化加算 I	22
入浴介助加算 I				40	短期集中	個別リハ加算			110	口腔機能	上向上加算 Ⅱ イ 月	2 回	まで	155	介護職員等処遇改善加算 I R64.1 から	8.6%

₌ 622

③その他の費用

項目	金 額	品目
昼食代	650 円	昼食、おやつ代込
日用品費	150 円	シャンプー・リンス・ボディーソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤
紙おむつ代	150 円	
紙パンツ代	120 円	】 - オムツ類が必要な方は持参をお願いします。通所で立てかえた場合は、左記の金額若しくは、同じ物をご返却ください。
フラット代	50 円	グムノススパング・ダ・ダンコのコック と GO MR V ・しの 7 。 座 I バ くユ く パンた に物 口 1 の、 4 に V ル 取 付 し N の、 回 し 1 の と に 必 か い こ C V で
尿取りパッド代	30 円	

[※]注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担が異なります。また、上記以外にかかる加算がある場合や、所定単位数には介護職員処遇改善加算が算定されます。

[※]加算については、状況に応じて算定される場合があります。

介護予防通所リハビリテーション希望の館 料金表(強化型・超強化型)

①1 日の費用の目安<1割負担の方>(②+③)

	月額利用料金(要支援1は週1回(月4回)、(要支援2は週2回(月8回)利用した場合)												
要介護度	介護給付	†費の 1 割(主なもの)	その他	也の費用	計								
	介護予防通所リハビリテーション費	提供体制強化加算(I)	科学的介護体制加算	昼食代	日用品費								
要支援1	2,268	88		2,600	600	5,596							
要支援2	4,228	176	40	5,200	1,200	10,844							

[※]注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担が異なります。また、上記以外にかかる加算がある場合や、所定単位数には介護職員処遇改善加算が算定されます。

②基本報酬及び加算項目(月単位)

通常の事業を超えた地域加算	5%	退院時共同指導加算	600	ロ腔栄養スクリーニング加算Ⅱ(6 月に 1 回)	5	選択的サービス複数実施加算 I	480
生活行為向上リハ実施加算6月以内/月	562	栄養アセスメント加算(1月につき)	50	口腔機能向上加算 I (月2回限度)	150	介護職員等処遇改善加算 I R64.1 から	8.6%
若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240	栄養改善加算(1月につき)	200	口腔機能向上加算Ⅱ(月2回限度)	160		
12月を超えた期間に利用した場合 要支援 1	-120	運動器機能向上加算(1月につき)	225	一体的サービス提供加算(栄養及び口腔)	480		
12月を超えた期間に利用した場合 要支援 2	-240	口腔栄養スクリーニング加算 I (6 月に 1 回)	20	科学的介護推進体制加算(1月につき)	40		

[※]加算については、状況に応じて算定される場合があります。

③その他の費用

項目	金 額	品目
昼食代	650 円	昼食、おやつ代込
日用品費	150 円	シャンプー・リンス・ボディーソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤
紙おむつ代	150 円	
紙パンツ代	120 円	
フラット代	50 円	
尿取りパッド代	30 円	オムツ類が必要な方は持参をお願いします。通所で立てかえた場合は、左記の金額若しくは、同じ物をご返却ください。