

介護老人保健施設 はなぞの 施設入所サービス ご利用料金表

◆基本サービス費

介護度	1 割負担		2 割負担		3 割負担	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護 1	717	793	1,434	1,586	2,151	2,379
要介護 2	763	843	1,526	1,686	2,289	2,529
要介護 3	828	908	1,656	1,816	2,484	2,724
要介護 4	883	961	1,766	1,922	2,649	2,883
要介護 5	932	1,012	1,864	2,024	2,796	3,036

(単位：円)

◆諸加算

サービス内容略称	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額	サービス内容略称	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
夜勤職員配置加算	24	48	72	口腔衛生管理加算Ⅰ ※1	90	180	270
短期集中リハ加算Ⅰ	258	516	774	口腔衛生管理加算Ⅱ ※1	110	220	330
短期集中リハ加算Ⅱ	200	400	600	療養食加算(1食につき)	6	12	18
認知症短期集中リハ加算Ⅰ	240	480	720	かかりつけ医連携調整加算Ⅰイ ※3	140	280	420
認知症短期集中リハ加算Ⅱ	120	240	360	かかりつけ医連携調整加算Ⅰロ ※3	70	140	210
認知症ケア加算	76	152	228	かかりつけ医連携調整加算Ⅱ ※3	240	480	720
若年性認知症受入加算	120	240	360	かかりつけ医連携調整加算Ⅲ ※3	100	200	300
外泊時費用	362	724	1,086	緊急時治療管理 1	518	1,036	1,554
外泊時在宅サービス利用の費用	800	1,600	2,400	所定疾患施設療養費Ⅰ	239	478	717
ターミナルケア加算 1 1	72	144	216	所定疾患施設療養費Ⅱ	480	960	1,440
ターミナルケア加算 2 1	160	320	480	認知症チームケア推進加算Ⅰ	150	300	450
ターミナルケア加算 3 1	910	1,820	2,730	認知症チームケア推進加算Ⅱ	120	240	360
ターミナルケア加算 4 1	1,900	3,800	5,700	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	400	600
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	51	102	153	リハマネジメント計画書情報加算 ※1	33	66	99
初期加算Ⅰ	60	120	180	褥瘡マネジメント加算Ⅰ ※1	3	6	9
初期加算Ⅱ	30	60	90	褥瘡マネジメント加算Ⅱ ※1	13	26	39
再入所時栄養連携加算	200	400	600	排せつ支援加算Ⅰ ※1	10	20	30
入所前後訪問指導加算Ⅰ 2	450	900	1,350	排せつ支援加算Ⅱ ※1	15	30	45
入所前後訪問指導加算Ⅱ 2	480	960	1,440	排せつ支援加算Ⅲ ※1	20	40	60
試行的退所時指導加算	400	800	1,200	自立支援促進加算 ※1	300	600	900
退所時情報提供加算Ⅰ	500	1,000	1,500	科学的介護推進体制加算Ⅰ ※1	40	80	120
退所時情報提供加算Ⅱ	250	500	750	科学的介護推進体制加算Ⅱ ※1	60	120	180
入退所前連携加算Ⅰ	600	1,200	1,800	安全対策体制加算 ※3	20	40	60
入退所前連携加算Ⅱ	400	800	1,200	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ ※1	10	20	30
訪問看護指示加算	300	600	900	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ ※1	5	10	15
協力医療機関連携加算 1	100	200	300	生産性向上推進体制加算Ⅰ ※1	100	200	300
栄養マネジメント強化加算	11	22	33	生産性向上推進体制加算Ⅱ ※1	10	20	30
経口移行加算	28	56	84	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	44	66
経口維持加算Ⅰ ※1	400	800	1,200	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) R6.6月～	所定単位数の75/1000		

(単位：円)

◎諸費用はご利用いただいた場合に加算されます。

先に記した加算、費用以外にも場合によってはご負担をお願いすることがございます。

◎外泊時費用は、外泊され施設に丸1日いらっしゃらなかった日に、基本サービスに替えてお支払い頂きます。

居住費は、外泊され施設に1日いらっしゃらなかった日も加算されます。

◎ご利用状況により多少の増減があります。予めご了承ください。

◎※1：1か月あたり、※2：3か月あたり、※3：1回あたり、その他：1日あたりの算定となります。

◆介護職員処遇改善加算関係

1ヶ月の所定単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数)に、各々の加算率を上乗せし算定させていただきます。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	7.5%
---------------	------

◆食費・居住費

市民税非課税世帯で一定の資産要件を満たす方や生活保護の方の場合は、食費・居住費の負担が軽減されます。
市区町村へ申請し、認定を受けることで発行される「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要です。

利用者負担段階	食費 (1日につき)	居住費（1日につき）	
		個室	多床室
第1段階	300	550	0
第2段階	390	550	430
第3段階①	650	1,370	430
第3段階②	1,360	1,370	430
基本費用	1,630	1,728	437

(単位：円)

◆その他費用

		金額	内容
日用品費（1日につき）		250円/200円	シャンプー・リンス・石鹸・ボディソープ・歯ブラシなど
教養娯楽費		実費	行事材料費・写真フィルム代・写真印刷代など
洗濯代	1ヶ月	5,200円	ご希望の方
	1回	550円	ご希望の方
理美容代		1,300円～	ご希望の方
電気代（1日につき）		60円	テレビ・ラジカセ等、個別に電化製品を使用された場合
ジュース代		実費	2階ご入所の方
レクリエーション費		実費	レクリエーション等で使用する材料費
領収書再発行（1月分につき）		110円	ご希望の方
診断書	医師証明書	3,300円	ご希望の方
	申請用診断書	6,600円	ご希望の方
	死亡診断書	3,850円	ご希望の方
	その他証明書	実費	上記以外の文書をご希望される場合
インフルエンザ予防接種		実費	ご希望の方
肺炎球菌ワクチン接種		5,000円	ご希望の方
各種検査		実費	ご希望の方
ケアシューズ		実費	ご希望の方

（令和7年2月1日改定）