

A ケアハウス料金表

B 特定施設入居者生活介護料金表

階層区分			利用者負担月額					区分	基本単位数	加算単位数							月計 30日	利用者負担額(30日として)				合計月額負担額
年月日区分	対象収入等 超 以下	式	事務費 1月	生活費 1月	居住費 30日として	水道料 計	サ-ビ-ス提供体制強化加算 I			夜間看護体制加算	口腔衛生管理体制加算	介護職員処遇改善加算	特定処遇改善加算	ペースアップ等支援加算	日計	介護報酬1割負担者		介護報酬2割負担者	介護報酬3割負担者	備考		
H3.6.30以前	市町村民税非課税者	A	10,000	44,130	24,000	1,200	79,330	要支援1	182	22	0	1	17	4	3	229	6,870	6,870	13,740	20,610	負担割合は、第1号保険者に市町村が発行する「負担割合証」によります。 ①1割負担 前年の合計所得金額が160万円未満の方 ②2割負担 前年の合計所得金額が160万円以上220万円未満の方 ③3割負担の方 前年の合計所得金額が220万円以上の方 *1 世帯に他の第1号保険者がいない場合は340万円未満、世帯に第1号保険者が2人以上いる場合は463万円未満となる方は、2割負担又は1割負担となります。 *2 合計所得金額は、給与収入や事業収入等から、給与所得控除や必要経費を控除した額で、雑収入のうち、年金収入に係るものを除いた額となります。	Aの該当する階層の負担額とBの該当する要介護度の負担額の合計となります。
H3.7.1~H19.9.30	0~ 150	1	10,000	44,130	24,000	1,200	79,330	要支援2	311	22	0	1	17	4	3	229	6,870	6,870	13,740	20,610		
	150~ 160	2	13,000	44,130	24,000	1,200	82,330															
	160~ 170	3	16,000	44,130	24,000	1,200	85,330															
	170~ 180	4	19,000	44,130	24,000	1,200	88,330															
	180~ 190	5	22,000	44,130	24,000	1,200	91,330															
	190~ 200	6	25,000	44,130	24,000	1,200	94,330	要介護1	538	22	10	1	47	10	9	637	19,110	19,110	38,220	57,330		
	200~ 210	7	30,000	44,130	24,000	1,200	99,330															
	210~ 220	8	35,000	44,130	24,000	1,200	104,330															
	220~ 230	9	40,000	44,130	24,000	1,200	109,330															
	230~ 240	10	45,000	44,130	24,000	1,200	114,330															
240~ 250	11	46,500	44,130	24,000	1,200	115,830	要介護3	674	22	10	1	58	13	11	789	23,670	23,670	47,340	71,010			
250~ 260	12	46,500	44,130	24,000	1,200	115,830																
260~ 270	13	46,500	44,130	24,000	1,200	115,830														要介護4		
270~ 円以上	14	46,700	44,130	24,000	1,200	116,030	要介護5	807	22	10	1	69	15	13	937	28,110	28,110	56,220	84,330			
H19.10.1以降	0~ 100	①	10,000	44,130	24,000	1,200														79,330		
	100~ 150	②	11,000	44,130	24,000	1,200														80,330		
	150~ 160	③	14,000	44,130	24,000	1,200														83,330		
	160~ 170	④	18,000	44,130	24,000	1,200														87,330		
	170~ 180	⑤	21,000	44,130	24,000	1,200	90,330															
180~ 円以上	⑥	46,700	44,130	24,000	1,200	116,030																

* 11月から3月までは冬期加算額(暖房費)月額 2,260 円が加算されます。

- (注1) この表における「対象収入」とは前年収入(社会通念上収入として認定することが適当でないものを除く。)から、租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入をいう。
- (注2) 本人の事務費徴収額(月額)は、前表による。
- (注3) 夫婦で入居する場合には、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が100万円以下に該当する場合のそれぞれの事務費徴収額については、上記の表から30%減額した額とする。この場合、100円未満の端数は切り捨てるものとする。
- (注4) 居住費、水道料については次のとおりとし、当該月分を翌月15日に徴収するものとする。 居住費(日額) 800円 水道料(日額) 40円
- (注5) 電気料金については、一定値を超えて電気を使用した場合、次の電気料金の当月分を翌月15日に徴収する。(検針日 毎月1日)

4月~6月、10月	1月80kwを超えたもの	1kwにつき14円	7月~9月	1月80kwを超えたもの	1kwにつき16円	11月~3月	1月200kwを超えたもの	1kwにつき14円
-----------	--------------	-----------	-------	--------------	-----------	--------	---------------	-----------

2 加算

区分	内容	
①サービス提供体制強化加算(I)	日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。(日22円)
②夜間看護体制加算	日	夜勤における看護体制について、常勤の看護師を1名以上配置し、病院等と連携して24時間体制を確保し、健康上の管理を行っていること。(介護のみ)(日10円)
③口腔衛生管理体制加算	月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。(月30円、日換算1円)
④科学的介護推進体制加算	月	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状その他利用者の心身、疾病や服薬情報等に係る基本情報を厚生労働省に提出している場合に加算。(月40円、日換算1.33円)
⑤介護職員処遇改善加算 I	日	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)の 8.2% を加算
⑥特定処遇改善加算 I	日	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)の 1.8% を加算
⑦ペースアップ等支援加算	日	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)の 1.5% を加算

3 他加算

区分	単位数	利用者負担額			内容	
		1割負担	2割負担	3割負担		
⑧個別機能訓練加算(I)(日)	12	12	24	36	専従の機能訓練指導員を1名以上常勤で配置し、利用者毎に個別機能訓練計画を作成・実施していること。	
⑨個別機能訓練加算(II)(月)	20	20	40	60	Iを算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚労省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算。	
⑩医療機関連携加算(月)	80	80	160	240	看護職員が利用者毎に健康の状況を継続的に記録するとともに、協力医療機関又は主治医に対して当該利用者の健康状況を月に1回以上情報提供していること。	
⑪看取り介護加算(日)	45日前~31日	72	72	144	216	・医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者であること。 ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下介護記録等に関する記録を活用して行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取り組みであること。
	30日前迄	144	144	288	432	
	前日・前々日	680	680	1,360	2,040	
	死亡日	1,280	1,280	2,560	3,840	

4 介護保険給付対象外サービス

区分	金額	内容	区分	金額	内容	区分	金額	内容
⑫利用者外来食事代	右記	朝食 395円 昼食 550円 夕食 500円	⑮医療費・健康診断料	実費	本人負担	⑰オムツ代	実費	本人負担
⑬コピー代	右記	1枚につき白黒10円、カラープリント20円、カラーコピー30円	⑯予防接種費用	実費	本人負担	⑱本人専用品	実費	本人負担
⑭電話料金	右記	固定電話3分 10円 携帯電話1分 20円	⑲日用品・嗜好品	実費	本人負担	⑳フリーニング代等	実費	本人負担