

1 割負担

令和 7 年 7 月 1 日

社会福祉法人 とやま虹の会

介護老人保健施設 レインボー 入所 利用料金表(1割負担)

要介護度	所得段階	各種加算	教養 娯楽費	食費	1人部屋				2人・4人部屋			
					介護サービス費	居住費	日額計	月額 (30日)	介護サービス費	居住費	日額計	月額 (30日)
1	1	97	100	300	788	550	1,835	55,050	871	0	1,368	41,040
	2			390		550	1,925	57,750		430	1,888	56,640
	3-①			650		1,370	3,005	90,150		430	2,148	64,440
	3-②			1,360		1,370	3,715	111,450		430	2,858	85,740
	4			2,160		1,728	4,873	146,190		437	3,665	109,950
2	1	97	100	300	863	550	1,910	57,300	947	0	1,444	43,320
	2			390		550	2,000	60,000		430	1,964	58,920
	3-①			650		1,370	3,080	92,400		430	2,224	66,720
	3-②			1,360		1,370	3,790	113,700		430	2,934	88,020
	4			2,160		1,728	4,948	148,440		437	3,741	112,230
3	1	97	100	300	928	550	1,975	59,250	1,014	0	1,511	45,330
	2			390		550	2,065	61,950		430	2,031	60,930
	3-①			650		1,370	3,145	94,350		430	2,291	68,730
	3-②			1,360		1,370	3,855	115,650		430	3,001	90,030
	4			2,160		1,728	5,013	150,390		437	3,808	114,240
4	1	97	100	300	985	550	2,032	60,960	1,072	0	1,569	47,070
	2			390		550	2,122	63,660		430	2,089	62,670
	3-①			650		1,370	3,202	96,060		430	2,349	70,470
	3-②			1,360		1,370	3,912	117,360		430	3,059	91,770
	4			2,160		1,728	5,070	152,100		437	3,866	115,980
5	1	97	100	300	1,040	550	2,087	62,610	1,125	0	1,622	48,660
	2			390		550	2,177	65,310		430	2,142	64,260
	3-①			650		1,370	3,257	97,710		430	2,402	72,060
	3-②			1,360		1,370	3,967	119,010		430	3,112	93,360
	4			2,160		1,728	5,125	153,750		437	3,919	117,570

※上記に加え科学的介護推進体制加算Ⅱ 60 円/月・自立支援促進加算 300 円/月を算定します

【日用品費】(株) エラント ケアサポート C S セットの直接契約となります。プランの選択をお願いします。

* A プラン 日額 583 円 * B プラン 日額 715 円 (※別紙参照)

* 記載されている食費は 3 食の合計金額です。

請求は 1 食ごと (朝食 : 600 円 昼食 : 740 円 夕食 : 820 円) になります。

食事開始時間の 1 時間前以降にキャンセルされた場合は、食事代金をご負担いただきます。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、負担限度額の範囲内での請求となります。

* 各種加算には、夜勤職員配置加算 (24 円)、サービス提供体制強化加算Ⅰ (22 円)、

在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ (51 円) が含まれています。

* 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 7.5% が加算されます。

* 介護保険給付単位数に 10.14 を乗じた額の 1 割がご利用者負担となります。

※その他、以下の加算が算定される場合があります。

加算名	料金	備 考
初期加算Ⅰ	60 円/日	入所日から起算し 30 日以内
初期加算Ⅱ	30 円/日	入所日から起算し 30 日以内
外泊時費用	362 円/日	外泊時、所定単位に代えて算定。1 ヶ月に 6 日を限度
外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	800 円/日	外泊中に在宅サービスを利用した場合
療養食加算	6 円/食	医師の指示に基づき療養食を提供した場合
経口移行加算	28 円/日	経口摂取を進めるための栄養管理を実施する場合
経口維持加算Ⅰ	400 円/月	摂食機能障害に対し多職種による経口維持計画を作成し栄養管理
経口維持加算Ⅱ	100 円/月	摂食機能障害に対し多職種による経口維持計画を作成し栄養管理
口腔衛生管理加算Ⅰ	90 円/月	口腔ケアに係る計画の作成・実施と管理
口腔衛生管理加算Ⅱ	110 円/月	口腔ケアに係る計画の作成・実施と管理
退所時栄養情報連携加算	70 円/回	栄養管理の情報を退所時に医療機関等に提供した場合
再入所時栄養連携加算	200 円/回	再入所時に特別食による栄養管理が必要な場合に医療機関と連携
短期集中リハビリテーション加算Ⅰ	258 円/日	早期の日常生活活動自立性向上のための集中的なりハビリ
短期集中リハビリテーション加算Ⅱ	200 円/日	早期の日常生活活動自立性向上のための集中的なりハビリ
認知症短期リハビリテーション加算Ⅰ	240 円/日	認知症に対し集中的なりハビリにより生活機能の改善を目指す
認知症短期リハビリテーション加算Ⅱ	120 円/日	認知症に対し集中的なりハビリにより生活機能の改善を目指す
若年性認知症入所者受入加算	120 円/日	若年性認知症入所者へのサービス提供
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円/日	認知症症状にて在宅生活が困難となった緊急入所への対応
認知症チームケア推進加算Ⅰ	150 円/日	認知症の BPSD に対する取り組みを評価
認知症チームケア推進加算Ⅱ	120 円/日	認知症の BPSD に対する取り組みを評価
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ	140 円/回	内服薬の多剤調整と指導・かかりつけ医との連携
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ	70 円/回	内服薬の多剤調整と指導・かかりつけ医との連携
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ	240 円/回	服薬情報・その他の薬物療法の情報の活用
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ	100 円/回	退所時において内服薬が 1 種類以上減少した場合
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450 円/回	入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に今後生活する居宅等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480 円/回	
試行的退所時指導加算	400 円/回	試行的に退所する際に療養上の指導を行った場合
退所時情報提供加算Ⅰ	500 円/回	居宅へ退所後の主治医に対し診療情報を提供
退所時情報提供加算Ⅱ	250 円/回	医療機関へ退所後の主治医に対し心身や認知機能情報を提供
入退所前連携加算Ⅰ	600 円/回	入所予定前又は入所後 30 日以内に居宅介護支援事業所と連携
入退所前連携加算Ⅱ	400 円/回	入所期間が 1 ヶ月を超え退所に向けて居宅介護支援事業所と連携
訪問看護指示加算	300 円/回	退所後 30 日以内に居宅等訪問し指導を実施
緊急時治療管理費	518 円/日	緊急的な治療管理として投薬・検査・処置等を行った場合
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480 円/日	特定の疾病に対し投薬・検査・処置等を行った場合
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 円/月	褥瘡発生を予防するための計画を作成し管理した場合
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13 円/月	褥瘡発生を予防するための計画を作成し管理した場合
排せつ支援加算Ⅰ	10 円/月	多職種が排泄にかかる支援計画を作成し支援した場合
排せつ支援加算Ⅱ	15 円/月	排尿または排便の状態が改善した場合
排せつ支援加算Ⅲ	20 円/月	排尿または排便の状態が改善し、おむつ使用なしになった場合
ターミナルケア加算 1	72 円/日	ターミナルケア契約のもと死亡日以前 31 日以上 45 日以下 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 死亡日前日 及び 前々日 死亡日
ターミナルケア加算 2	160 円/日	
ターミナルケア加算 3	910 円/日	
ターミナルケア加算 4	1,900 円/日	
安全対策体制加算	20 円/回	安全対策の体制整備に対する評価（入所時に 1 回）
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10 円/月	施設内で感染者が発生した場合
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5 円/月	施設内で感染者が発生した場合
新興感染症等施設療養費	240 円/回	新興感染症感染者が発症した場合 5 回/月まで
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100 円/月	生産性向上ガイドラインに基づく業務改善の取り組みへの評価
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 円/月	生産性向上ガイドラインに基づく業務改善の取り組みへの評価
協力医療機関連携加算	50 円/月	地域の医療機関等との連携体制への評価

【その他の実費料金】

- ・ 理美容代 2,200 円～
- ・ 電気代 50 円/日（持込発熱暖房電化製品 1 個に付き）
- ・ 洗濯代 業者による洗濯代として実費
- ・ 役所等に対する手続きにかかる費用（手数料・切手代など）実費
- ・ 請求書等郵送料実費相当額一律 110 円（郵便料金改定が行なわれるごとに実費相当額が変わります）

※その他、個人で必要なものは実費請求させていただく場合があります

《参考》

- * 所得段階に応じて食費・住居費の負担が軽減されます
- * お住まいになっている市区町村の介護保険担当窓口への申請が必要です

利用者負担段階	主な対象者	
第 1 段階	生活保護受給者	預貯金の要件なし
	世帯(①)全員が市町村税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金が単身 1,000 万円 夫婦で 2,000 万円以下
第 2 段階	世帯(①)全員が市町村税非課税であって、 年金収入額(②)＋合計所得金額が 80 万 9 千円以下の方	かつ、預貯金が単身 650 万円 夫婦で 1,650 万円以下
第 3 段階－1	世帯(①)全員が市町村税非課税であって、 年金収入額(②)＋合計所得金額が 80 万 9 千円超 120 万円以下の方	かつ、預貯金が単身 550 万円 夫婦で 1,550 万円以下
第 3 段階－2	世帯(①)全員が市町村税非課税であって、 年金収入額(②)＋合計所得金額が 120 万円超の方	かつ、預貯金が単身 500 万円 夫婦で 1,500 万円以下
第 4 段階	上記に該当しない方	

＜表記＞

- ①：世帯を分離している配偶者を含む
- ②：非課税年金（遺族年金、障害年金）も含む