

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						日計	月計	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	式	事務費	生活費	居住費	水道料	計			サービス提供加算 I	夜間看護体制加算	口腔衛生体制加算	介護職員処遇改善加算	特定処遇改善加算	30日			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	43,700	24,000	1,200	78,900	要支援1	181	18	0	1	16	4	220	6,600	6,600	13,200	19,800	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	43,700	24,000	1,200	78,900	要支援1	181	18	0	1	16	4	220	6,600	6,600	13,200	19,800				
	150~ 160	2	13,000	43,700	24,000	1,200	81,900																
	160~ 170	3	16,000	43,700	24,000	1,200	84,900																
	H3.7.1~H19.9.30	170~ 180	4	19,000	43,700	24,000	1,200	87,900	要支援2	310	18	0	1	27	6	362	10,860	10,860	21,720			32,580	
		180~ 190	5	22,000	43,700	24,000	1,200	90,900															
		190~ 200	6	25,000	43,700	24,000	1,200	93,900															
		H3.7.1~H19.9.30	200~ 210	7	30,000	43,700	24,000	1,200	98,900	要介護1	536	18	10	1	46	10	621	18,630	18,630			37,260	55,890
			210~ 220	8	35,000	43,700	24,000	1,200	103,900														
			220~ 230	9	40,000	43,700	24,000	1,200	108,900	要介護2	602	18	10	1	52	11	694	20,820	20,820			41,640	62,460
	230~ 240		10	45,000	43,700	24,000	1,200	113,900															
	240~ 250		11	46,500	43,700	24,000	1,200	115,400															
	H19.10.1以降	250~ 260	12	46,500	43,700	24,000	1,200	115,400	要介護3	671	18	10	1	57	13	770	23,100	23,100	46,200			69,300	
		260~ 270	13	46,500	43,700	24,000	1,200	115,400															
270~ 円以上		14	46,500	43,700	24,000	1,200	115,400	要介護4	735	18	10	1	63	14	841	25,230	25,230	50,460	75,690				
0~ 100		①	10,000	43,700	24,000	1,200	78,900																
H19.10.1以降	100~ 150	②	11,000	43,700	24,000	1,200	79,900	要介護4	735	18	10	1	63	14	841	25,230	25,230	50,460	75,690				
	150~ 160	③	14,000	43,700	24,000	1,200	82,900																
	160~ 170	④	18,000	43,700	24,000	1,200	86,900																
	170~ 180	⑤	21,000	43,700	24,000	1,200	89,900	要介護5	804	18	10	1	68	15	916	27,480	27,480	54,960	82,440				
	180~ 円以上	⑥	46,500	43,700	24,000	1,200	115,400																

* 11月から3月までは冬期加算額(暖房費)月額 2,240 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ついては、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15. 21円	7月~9月	1月80kwを超えたもの	1kwにつき16. 73円	11月~3月	1月200kwを超えたもの	1kwにつき15. 21円
-----------	--------------	---------------	-------	--------------	---------------	--------	---------------	---------------

2 加算

区分	内容	
①サービス提供体制加算 I	日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。(日18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
⑤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

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		
⑥個別機能訓練加算(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。	
⑦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。	
⑧看取り介護加算(日)	30日前迄	144	144	288	432	・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。
	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
①外来食事代	右記	朝食 392円 昼食 500円 夕食 500円	④医療費・健康診断料	実費	本人負担	⑦オムツ代	実費	本人負担
②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	⑤予防接種費用	実費	本人負担	⑧本人専用品	実費	本人負担
③電話料金	実費	できるだけ公衆電話をご利用ください。	⑥日用品・嗜好品	実費	本人負担	⑨クリーニング代等	実費	本人負担