

## 施設利用料(1日につき)

## 多床室

※平成27年4月～

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額	
	基本単位	利用総額(円)		
要介護度1	594	6,100	610	円
要介護度2	661	6,788	679	円
要介護度3	729	7,486	749	円
要介護度4	796	8,174	818	円
要介護度5	861	8,842	885	円

## 多床室

※平成27年8月～

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額	
	基本単位	利用総額(円)	1割負担	2割負担
要介護度1	547	5,617	562 円	1,124 円
要介護度2	614	6,305	631 円	1,261 円
要介護度3	682	7,004	701 円	1,401 円
要介護度4	749	7,692	770 円	1,539 円
要介護度5	814	8,359	836 円	1,672 円

## 多床室(旧措置者)

※平成27年4月～

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額	
	基本単位	利用総額(円)		
要介護1	594	6,100	610	円
要介護2・要介護3	700	7,189	719	円
要介護4・要介護5	828	8,504	851	円

## 多床室(旧措置者)

※平成27年8月～

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額	
	基本単位	利用総額(円)	1割負担	2割負担
要介護1	547	5,618	562 円	1,124 円
要介護2・要介護3	653	6,706	671 円	1,341 円
要介護4・要介護5	781	8,021	802 円	1,604 円

## 従来型個室

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額	
	基本単位	利用総額(円)	1割負担	2割負担
要介護度1	547	5,618	562 円	1,124 円
要介護度2	614	6,306	631 円	1,261 円
要介護度3	682	7,004	700 円	1,401 円
要介護度4	749	7,692	769 円	1,538 円
要介護度5	814	8,360	836 円	1,672 円

**食費及び居住費(1日あたりの金額)**

段階	食費負担額	居住費負担額(多床室)	居住費負担額(従来型個室)
1段階 (生活保護受給者等)	300円	0円	
2段階	390円	370円	420円
3段階	650円	370円	820円
4段階 (助成対象外の方)	1,380円	840円	1,150円

**加算**

必要に応じて算定される加算	単位	必要に応じて算定される加算	単位
看護体制加算Ⅰ	4	経口移行加算	28
看護体制加算Ⅱ	8	経口維持加算Ⅰ	400
個別機能訓練加算	12	経口維持加算Ⅱ	100
精神科医療養指導加算	5	口腔衛生管理加算	110
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	口腔機能維持管理体制加算(月あたり)	30
常勤医師配置加算	25	看取り加算(亡くなる前4日～30日)	144
認知症専門ケア加算Ⅰ	3	看取り加算(亡くなった日の前日及び前々日)	680
認知症専門ケア加算Ⅱ	4	看取り加算(亡くなった日)	1280
若年性認知症入所者受入加算	120	サービス体制強化加算Ⅰイ	18
障害者生活支援体制加算	26	サービス提供体制強化加算Ⅰロ	12
栄養マネジメント加算	14	サービス提供体制強化加算Ⅱ	6
退所前訪問相談援助加算	460	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6
退所後訪問相談援助加算	460	日常生活継続支援加算	36
退所時相談援助加算	400	初期加算 (入所後若しくは1ヶ月以上入院後最大30日間)	30
退所前連携加算	500	療養食加算 (医師より療養食の必要があると判断された方)	18
在宅復帰支援機能加算	10	入院外泊時費用 (入院後6日間、月をまたぐ場合には最大12日)	246
在宅・入所相互利用加算	40	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所日より7日が限度)	200

介護職員処遇改善加算Ⅰイ      ひと月の総単位数に『2.5%』をかけた数字が加算単位となります。

《 計算例 》(要介護度1とした場合)

594単位×30日＝17,820単位    17,820単位×5.9%＝1051.38単位

小数点以下は切り捨ての為、1051単位が『介護職員処遇改善加算』として加算されます。

**その他(自己負担額)の実費**

日用品費(パック)	150円/日額	預金管理代行サービス費	3000/月額
サービス提供に関する記録等の複写費	10円/1枚あたり		

## 日用品費内訳(パック)

Aセット	品目	Bセット	品目
1	ハブラシ	1	ハブラシ
2	歯磨き粉	2	口腔洗浄剤
3	入れ歯洗浄剤	3	BOXティッシュ
4	BOXティッシュ	4	ボディクリーム
5	ボディクリーム	5	フェイスタオル
6	フェイスタオル	6	バスタオル
7	バスタオル	7	コーヒー・紅茶・焙じ茶
8	コーヒー・紅茶・焙じ茶		
Cセット	品目	※Aセットは、自歯や入れ歯を使用している方向けです。 ※Bセットは、自歯や入れ歯を使用していない方向けです。 ※Cセットは、胃ろうの方向けです。	
1	ハブラシ		
2	口腔湿潤剤		
3	BOXティッシュ		
4	ボディクリーム		
5	フェイスタオル		
6	バスタオル		

※月額費用は、介護保険料＋食費＋居住費＋その他の費用の合計額となります。

※月額費用の他に、個人購入品費、行事活動費、医療費が発生することがあります。

※日用品費は選択して頂く形となります。選択されない場合は個人にてご用意して頂きます。

※武蔵村山市は、介護保険にて示された単位に10.27を掛けた数字が請求額となります。本人負担額は請求額の1割となります。

例：10単位×10.27＝102.7円(小数点以下切捨)。102円×90%＝91.8円(小数点以下切捨)  
 102円－91円＝11円。11円が本人負担額となります。