

施設利用料（1日につき）

ユニット型個室

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	3割負担
要介護度1	661	6,788	679 円	1,358 円	2,037 円
要介護度2	730	7,497	750 円	1,500 円	2,250 円
要介護度3	803	8,246	825 円	1,650 円	2,474 円
要介護度4	874	8,975	898 円	1,795 円	2,693 円
要介護度5	942	9,674	968 円	1,935 円	2,903 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)イ/(Ⅰ)ロ	12/4	経口維持加算Ⅰ	400
個別機能訓練加算(Ⅰ)	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(Ⅰ)/(Ⅱ)	90/110
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	13	看取り加算(亡くなる前31日~45日)	72
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)/(Ⅱ)	3/4	看取り加算(亡くなった日の前日及び前々日)	680
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(月1回)	100	看取り加算(亡くなった日)	1280
生活機能向上連携加算(Ⅱ)(月1回)	200	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22
若年性認知症入所者受入加算	120	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)/(Ⅲ)	18/6
障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	26	ADL維持等加算(Ⅰ)/(Ⅱ)	30/60
排せつ支援加算(月1回)(Ⅰ)	10	褥瘡マネジメント加算(月1回)(Ⅰ)/(Ⅱ)	3/13
排せつ支援加算(月1回)(Ⅱ)/(Ⅲ)	15/20	科学的介護推進体制加算(月1回)(Ⅰ)/(Ⅱ)	40/50
退所前訪問相談援助加算	460	安全対策体制加算(入所日)	20
退所後訪問相談援助加算	460	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46
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 *1日3回が限度 (医師より療養食の必要があると判断された方)	6
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日間)	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
再入所時栄養連携加算	200	外泊時在宅サービス利用費用 (入所者が在宅サービスされる方、1月に6日を限度)	560
自立支援促進加算(月1回)	300	再入所時栄養連携加算	400
経口移行加算	28	初期加算	30
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	ひと月の総単位数に『8.3%』をかけた数字が加算単位となります。		
介護職員等特別処遇改善加算(Ⅰ)	ひと月の総単位数に『2.7%』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×8.3%=1479.1単位  
小数点以下は切り捨ての為、1479単位が『介護職員処遇改善加算』として加算されます。

※令和3年4月1日から令和3年9月30日までの間、新型コロナウイルス感染症対策として  
基本報酬に0.1%が上乘せされます。

## 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	3,000円/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	理美容(カット代)	1,500円/回
理美容(パーマ代)	3,500円/回	理美容(毛染め代)	3,500円/回

## 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
1段階 (生活保護受給者等)	300円	820円
2段階	390円	820円
3段階①	650円	1,310円
3段階②	1,360円	1,310円
4段階 (助成対象外の方)	1,445円	2,970円

## 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
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

※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。

※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。