

施設利用料（1日につき）

多床室・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	3割負担
要介護度1	573	5,884	589 円	1,177 円	1,766 円
要介護度2	641	6,583	659 円	1,317 円	1,975 円
要介護度3	712	7,312	732 円	1,463 円	2,194 円
要介護度4	780	8,010	801 円	1,602 円	2,403 円
要介護度5	847	8,698	870 円	1,740 円	2,610 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①	650円	370円	820円
3段階②	1,360円	370円	820円
4段階 (助成対象外の方)	1,445円	855円	1,171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)／(Ⅱ)	4／8	経口移行加算	28
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12	経口維持加算Ⅰ／経口維持加算Ⅱ	400/100
個別機能訓練加算(Ⅱ)(月1回)	20	初期加算	30
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	口腔衛生管理加算(Ⅰ)／(Ⅱ)	90／110
常勤医師配置加算	25	看取り加算(亡くなる前31日～45日)	72
認知症専門ケア加算(Ⅰ)／(Ⅱ)	3／4	看取り加算(亡くなる前4日～30日)	144
生活機能向上連携加算(Ⅰ)／(Ⅱ)(月1回)	100/200	看取り加算(亡くなった日の前日及び前々日)	680
精神科医療養指導加算	5	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	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22
障害者生活支援体制加算	26	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)／(Ⅲ)	18／6
排せつ支援加算(月1回)(Ⅰ)	10	ADL維持等加算(Ⅰ)／(Ⅱ)	30／60
排せつ支援加算(月1回)(Ⅱ)／(Ⅲ)	15／20	褥瘡マネジメント加算(月1回)(Ⅰ)／(Ⅱ)	10
退所前訪問相談援助加算	460	科学的介護推進体制加算(月1回)(Ⅰ)／(Ⅱ)	40／50
退所後訪問相談援助加算	460	安全対策体制加算(入所日)	20
退所時相談援助加算	400	日常生活継続支援加算Ⅰ	36
退所前連携加算	500	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
在宅復帰支援機能加算	10	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・入所相互利用加算	40	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
再入所時栄養連携加算	200	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
自立支援促進加算(月1回)	300	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
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。		
介護職員等特定処遇改善加算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。

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 ※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。

※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。