介護老人保健施設　今市Ｌケアセンター　利用料金表

● 介護老人保健施設（入所）

【介護保険給付サービス】

種別	要介護状態区分	負担額（円） 1日 従来型個室	1日 多床室	1ヶ月（30日） 従来型個室	1ヶ月（30日） 多床室	備考
施設サービス費Ⅰ（ⅱ）（長期入所）	要介護1	767	848	23,010	25,440	
	要介護2	840	923	25,200	27,690	
	要介護3	903	988	27,090	29,640	
	要介護4	960	1,045	28,800	31,350	
	要介護5	1,017	1,101	30,510	33,030	
初期加算(入所日から30日以内)			31		930	
夜勤職員配置加算			25		750	
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）					61/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）			19		570	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）			6		180	
安全対策体制加算			21/回			入所時1回
短期集中リハビリテーション実施加算			244/回			入所後3ヶ月まで
認知症短期集中リハビリテーション実施加算			244/回			入所後3ヶ月まで
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算					34/月	
療養食加算（1日3回を限度）			6/回			対象者のみ
経口維持加算（Ⅰ）					406/月	対象者のみ
経口維持加算（Ⅱ）					102/月	対象者のみ
口腔衛生管理加算（Ⅰ）					92/月	対象者のみ
口腔衛生管理加算（Ⅱ）					112/月	対象者のみ
外泊（施設サービス費に代えて）			367/回			月6日まで
所定疾患施設療養費（Ⅱ）			487			月10日を限度
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）			47		1410	
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）					3/月	
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）					14/月	
緊急時治療管理			526/回			3回を限度
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）			457/回			
試行的退所時指導加算			406/回			
退所時情報提供加算			507/回			
入退所前連携加算（Ⅰ）			609/回			
入退所前連携加算（Ⅱ）			406/回			
ターミナルケア加算			82			死亡前31～45日
			163			死亡前4～30日
			832			死亡前日、前々日
			1,674			死亡日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）			1ヶ月の合計単位数の3．9％			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）			1ヶ月の合計単位数の1．7％			
介護職員等ベースアップ支援加算			1ヶ月の合計単位数の0．8％			

【介護保険給付外サービス】

種別	負担限度額	負担額（円） 1日 従来型個室	1日 多床室	1ヶ月（30日） 従来型個室	1ヶ月（30日） 多床室	備考
食費	第4段階	1,820		54,600		
	第3段階②	1,360		40,800		
	第3段階①	650		19,500		
	第2段階	390		11,700		
	第1段階	300		9,000		
居住費	第4段階	1,700	650	51,000	19,500	
	第3段階②	1,310	370	39,300	11,100	
	第3段階①	1,310	370	39,300	11,100	
	第2段階	490	370	14,700	11,100	
	第1段階	490	0	14,700	0	
日用生活品費			310		9,300	
教養娯楽費			220		6,600	
電気代（私物の電化製品持込の場合）			50		1,500	1点につき
特別食（行事食）（通常の食費に加算）			500/回			税込
特別な居室　2人室（希望による）			1,100		33,000	税込
健康管理費（予防接種等）			実費			市町村による
診断書			実費			
理美容代			実費			
謄写代			20/頁			

○　その他、外泊時のおむつ代は実費請求させていただきます。

● 短期入所療養介護（ショートステイ）

【介護保険給付サービス】　令和5年5月1日

種別	要介護状態区分	負担額（円） 1日 従来型個室	1日 多床室	備考
短期入所療養介護費Ⅰ（ⅱ）（ショートステイ）	要介護1	806	888	
	要介護2	880	965	
	要介護3	943	1,029	
	要介護4	1,002	1,086	
	要介護5	1,059	1,145	
夜勤職員配置加算			25	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			23	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）			19	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）			6	
個別リハビリテーション実施加算			244/回	
送迎加算			187/回	片道
療養食加算（1日3回を限度）			9	対象者のみ
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）			47	
認知症行動・心理症状緊急対応加算			203	7日を限度
緊急短期入所受入加算			92	7日を限度、やむを得ない事情の場合は14日
重度療養管理加算			122	
緊急時治療管理			526/回	3回を限度
総合医学管理加算			279	7日を限度
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		1ヶ月の合計単位数の3．9％		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）		1ヶ月の合計単位数の1．7％		
介護職員等ベースアップ支援加算		1ヶ月の合計単位数の0．8％		

【介護保険給付外サービス】

種別	負担限度額	負担額（円） 1日 従来型個室	1日 多床室	備考
食費	第4段階	1,820		朝540円、昼670円、夕610円
	第3段階②	1,300		
	第3段階①	1000		
	第2段階	600		
	第1段階	300		
居住費	第4段階	1,700	650	
	第3段階②	1,310	370	
	第3段階①	1,310	370	
	第2段階	490	370	
	第1段階	490	0	
日用生活品費		310		
教養娯楽費		220		
電気代（私物の電化製品持込の場合）		50		1点につき
特別食（行事食）（通常の食費に加算）		500/回		税込
特別な居室　2人室（希望による）		1,100		税込
通常の実施地域を超える送迎費（1kmあたり）		10		往復30kmを超えた時
謄写代		20/頁		

○　税込表記以外は非課税
○　【介護保険給付サービス】は合計単位数に地域単価（10．14円）を乗じた金額の1割負担となります
　　ので、計算上の四捨五入・切り捨てにより、表記に若干の誤差が生じる場合があります。
○　介護保険負担割合証の負担割合が2割、3割の方は、概ね表記の2倍、3倍になります。
○　【介護保険給付サービス】と【介護保険給付外サービス】の負担額の合計がお支払いいただく金額に
　　なります。
○　口座振込みの際の手数料は御利用者の負担となります。
○　ご不明な点は、事務所までお問い合わせ下さい。

医療法人　矢尾板記念会
介護老人保健施設　今市Lケアセンター
〒321-1262　栃木県日光市平ヶ崎605－1
TEL　0288－22－8881