|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **介護保険施設サービス　利用料金** | **円/1日当り（自己負担額が1割の方）** | ***令和2年1月1日から　改定（斜体）*** |
| **介護保険　対象サービス** |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設サービス費 | （Ⅰⅱ）従来型個室(在宅強化型） | （Ⅰⅳ）多床室（在宅強化型） | 　 |  |  |  |  |
| 要介護１ | 　 | 742 | 　 | 822 |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護２ | 　 | 814 | 　 | 896 |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護３ | 　 | 876 | 　 | 959 |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護４ | 　 | 932 | 　 | 1015 |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護５ | 　 | 988 | 　 | 1070 |  |  |  |  |  |  |  |
| ① | 夜勤職員配置加算 | 24 | 　 | 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数を基準以上配置した場合 |
| ② | 栄養マネジメント加算 | 14 | 　 | 管理栄養士を配置し、栄養ケアマネジメントを実施している場合。 |
| ③ | サービス提供体制強化加算（1-ロ） | 12 | 　 | （Ⅰ）ロ　介護福祉士による強化（2）：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が１００分の50以上である場合。 |
| ④ | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（加算Ⅱ） | 46 | 　 | 加算型算定要件を取得した場合。 |  |  |  |
| 5. | 初期加算（入所後３０日間に限り） | 30 | 　 | 入所した日から起算して３０日以内の期間加算。 |
| 6. | 短期集中リハビリテーション実施加算（入所後３ヵ月以内） | 240 | 　 | 理学・作業療法士等が３ヵ月以内の期間、集中的にリハビリを行った場合。 |
| 7. | 認知症短期集中リハ実施加算（入所後３ヵ月以内・週3回まで） | 240 | 　 | 認知症と医師が判断し生活改善のため理学・作業療法士等が集中的なリハビリを実施した場合。 |  |
| 8. | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | （入所日から起算して7日限度） | 200 | 　 | 医師が認め、在宅生活が困難なため緊急入所が適当であると判断された場合。 |
| 9. | 経口移行加算(180日限度・経管栄養の方を対象) | 28 | 　 | 経管により食事を摂取している方で、経口による食事を進めるため栄養管理を行った場合。 |
| 10. | 経口維持加算(6ヶ月限度) | Ⅰ経口摂取で摂食機能障害があり誤嚥が認められる方 | 400/月 | 　 | 経口摂食で誤嚥が認められ共同で食事の観察・会議を行い経口維持計画を作成し管理栄養を行った場合。 |
| 　 | 　 | 　Ⅱ上記で観察・会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士等が加わった場合 | 100/月 | 　 | 摂食障害があり経口摂取を維持するため栄養管理を行った場合。 |
| 11. | 療養食加算（1食当り） | 6/食 |  | 別に厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合。 |
| 12. | 低栄養リスク改善加算 | 300/月 |  | 低栄養のリスクの高い方に対し低栄養の状態を改善するための計画を作成し、定期的な観察を行い、栄養・食事調整等を行った場合。 |
| 13. | 外泊時費用(外泊初日と最終日以外、６日限度） | 362 | 　 | 居宅等における外泊を認めた場合。 |
| 　 | 　 | （在宅サービスを利用する場合） | 800 |  | 居宅サービス利用料は施設負担。 |  |  |  |
| 14. | 口腔衛生管理体制加算 | 30/月 | 　 | 歯科医師等が介護職員に助言指導を行っていること。口腔ケア計画が作成されている場合。 |
| 　 | 口腔衛生管理加算 | 90/月 |  | 歯科衛生士が月2回以上+口腔ケアマネジメントに係る計画 |
| 15. | その他の加算 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |
| (ｲ) | 入所前後訪問指導加算 | （Ⅰ）入所前30日～後7日居宅・他の社福施設等 | 450 | 　 | 退所後生活する居宅又は社会福祉施設を訪問し計画策定・診療方針決定した場合。 |
| （Ⅱ）同上、具体的改善目標を定め退所後の支援計画を策定した場合 | 480 | 　 | （Ⅰ）（Ⅱ）の重複算定は不可。 |
| (ﾛ) | 再入所時栄養連携加算　（1人につき１回限度） | 400/１回 |  | 入所時と大きく異なる栄養管理が必要となり（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）当該医療機関の管理栄養士と相談、栄養ケア計画作成の場合。 |
| (ﾊ) | 緊急時施設療養費 | 緊急時治療管理（月1回連続する3日限度／回） | 518 | 　 | 病状が重篤となり緊急的な治療管理が行われた場合。 |
| 特定治療 | （医療に関する費用額を診療点数×10円として算定） | 　 | 医療機関が行った場合に算定されるリハビリ、処置、手術、麻酔等を行った場合。 |
| (ﾆ） | 所定疾患施設療養費 | 所定疾患施設療養費（Ⅰ） | 239 |  | 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹のいずれかに該当し基準対応を行った場合。 |
| 所定疾患施設療養費（Ⅱ） | 480 |  | （Ⅰ）に診断に至った根拠（連携検査を含む）追記。医師が感染症対策研修受講済み。介護給付費明細書の摘要欄に記載。 |
| （ﾎ） | かかりつけ医連携薬剤調整加算 | 125/回 |  | 入所時6種類以上の内服薬が処方されており、医師間の合意の上1種類以上減少させ、退所時以降1ヵ月以内に報告・診療録への記載した場合。 |
| （ﾍ） | ターミナルケア加算 | 死亡日以前4～30日 | 160 | 　 | 医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された場合。同意・計画・記録要件あり。 |
| 死亡日前日および前々日 | 820 | 　 |
| 死亡日 |  | 1650 | 　 |
| （ﾄ） | 褥瘡マネジメント加算 | 10/3ヵ月 |  | ①入所者全員に対する要件（指標を用いて入所時に評価するとともに3ヵ月に１回評価・提出。②リスク者に褥瘡ケア計画、実施、３ヵ月に１回評価 |
| （ﾁ） | 排せつ支援加算 | 100/月 |  | 排泄要介護状態を軽減できると判断され、原因分析・計画作成・実施 |
| （リ） | 退所時等支援等加算 | 試行的退所時指導加算 | 400 | 　 | 退所時に退所後の療養上の指導を行った場合。・3回まで |
| 退所時情報提供加算 | 500 | 　 | 退所後の主治医に対し、診療情報を提供した場合。 |
| 退所前連携加算 | 500 | 　 | 居宅介護支援事業者へ退所後のサービス利用に係る調整を行った場合。 |
| 訪問看護指示加算 | 300 | 　 | 退所後の訪問看護ステーションへ指示書を交付した場合。 |
| （ヌ） | 地域連携診療計画情報提供加算（退院した日の翌月まで）　 | 300 | 　 | 当該保険医療機関退院+基づいた診療計画+診療情報 |
| 16. | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | 算定単位（基本サービス費＋加算・減算）の合計×1.6％/月 | 　 | 介護報酬総単位数（基本サービス費＋加算・減算）×サービス別加算率（1.6％）（１単位未満四捨五入）×1単位の単価（１円未満切捨て） |
| 17. | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | *算定単位（基本サービス費＋加算・減算）の合計×1.7％/月* | 　 | 介護報酬総単位数（基本サービス費＋加算・減算）×サービス別加算率（1.7％）（１単位未満四捨五入）×1単位の単価（１円未満切捨て）  |
| 以上、提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスである時は、利用料のうち利用者の負担割合に応じた額とします。（介護保険負担割合証） |
| 介護保険 対象外サービス　 | 　 | 　 | （単位：円／日） |  | 第３段階の方 | 第２段階の方 | 第１段階の方 | 第3段階～第1段階については｢介護保険負担限度額認定証」を発行された場合に限ります。 |
| Ⅰ | 居住費 ※ | 多床室 | (2人用・4人用） | 377 |  | 370 | 370 | 0 |  |
| 　 |  | 個室 | (１人用） | 1,668 |  | 1310 | 490 | 490 |
|  | 　 | 特別室 | (１人用） | 1,968 |  | 1610 | 790 | 790 |
| Ⅱ | 食費 ※ | 1650 |  | 650 | 390 | 300 |  |
| 　以下+消費税 |  |  |  |  |  |  |  |
| Ⅲ | 日用品費 | 150 |  | 入浴・衛生・口腔ケア・整身・その他の必需品 |
| ○ | 教養娯楽費及びレクリエーション費 | 30 |  | レクリェーション等材料費 |  |  |  |
| ○ | 電気製品持込み電気代(1点に付） | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| ○ | 洗濯代(㎏当り） | 400 |  | 仕上がり乾燥状態/㎏当り。施設での洗濯を行った場合。 |
| ○ | その他の費用（理美容費、各種参加費、私物購入品等） | 実費 |  | 他科受診（他院医療費）は請求実費となります。 |  |  |
|  | 　※印＝介護保険負担限度額認定証の確認により減額対象となります。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　○＝必要な方のみ　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |