「介護老人保健施設　キーストーン」入所利用料金表【在宅強化型】

2025年4月1日

【 3 割 負 担 】

1．基本料金表（共通の利用料）

（円）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護5
介護保険負担額	2,865	3,113	3,329	3,522	3,695
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	20	20	20	20	20
夜勤職員配置加算	78	78	78	78	78
食費負担額	2,180	2,180	2,180	2,180	2,180
居住費	2,420	2,420	2,420	2,420	2,420
日　額	7,563	7,811	8,027	8,220	8,393
介護職員処遇改善加算（月額）	3,467	3,757	4,010	4,235	4,438
月額（30日）	230,357	238,087	244,820	250,835	256,228

2．加算利用料（お客様の状況に応じて加算する利用料）

（円）

	費　目	金　額		費　目	金　額
1	◎初期加算　※3	98円／日	15	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	10円／月
2	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	1472円／回	16	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	43円／月
3	退所時情報提供加算(Ⅰ)	1635円／回	17	排せつ支援加算（Ⅰ）	33円／月
4	退所時情報提供加算（Ⅱ）	818円／回	18	排せつ支援加算（Ⅱ）	49円／月
5	◎入退所前連携加算（Ⅱ）	1308円／回	19	排せつ支援加算（Ⅲ）	65円／月
6	訪問看護指示加算	981円／回	20	在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ	167円／日
7	療養食加算	20円／毎食			
8	ターミナルケア加算	235円／日			
9		523円／日			
10		2976円／日			
11		6213円／日			
12	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	654円／日			
13	退所時栄養情報連携加算	228円／月			
14	口腔衛生加算（Ⅰ）	294円／日			

3．その他

（円）

特別な室料　（差額有）	3,300円／日	特別な個室をご用意しております
日用品　※1	360円／日	生活に必要な日用品全て
活動参加費　※2	100円／回	任意となります。お客様の日常のレクリエーションに必要な費用
理容料（第２・４火曜日）	実費	理美容サービス費用
私物洗濯代	4,000円／月	私物の洗濯を施設に依頼される場合（差額無しの場合）
ドライクリーニング代	実費	ドライクリーニングを洗濯を施設に依頼される場合（差額無しの場合）
コインランドリー使用料	500円／回	施設内洗濯機/乾燥機使用料　※４
健康管理費	実費	予防接種等を実施した場合
その他費用	3,300～　円	希望により診断書等の文書を発行した場合
TV代	310円/日	差額無しのみ

※注意事項（必ずお読みください）

※ 1．日用品費は、下記の内容となり、お客様に選んでいただきます。料金表にはＣセットの金額にて計算しております。
・Ａセット（￥40/日）・Ｂセット（￥310/日）・Ｃセット（￥360/日）
オプションにて3点セット（室内着・靴下）￥460/日もご用意しております。　（外部業者扱い）

※2．活動費は、お客様の日常のレクリエーションに必要な費用になります。

※３．初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について計算されます。

※４．施設内で実施します。

4．その他施設サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用はお客様のご負担となります。

【　概算　利用料金一覧　】

※　１日あたりの金額を算定しているため、実際の月単位の計算とは誤差が生じる場合があります。あくまでも目安の金額です

※　理美容・私物洗濯・コインランドリー・ＴＶレンタル等を利用の場合は、下記の金額に加算されます。

第　４　段階	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護5
介護保険負担額	2,865	3,113	3,329	3,522	3,695
加算合計　※５	1,017	1,017	1,017	1,017	1,017
食費負担額	2,180	2,180	2,180	2,180	2,180
居住費	2,420	2,420	2,420	2,420	2,420
日用品費　※1	360	360	360	360	360
活動参加費　※2	100	100	100	100	100
日　額	8,942	9,190	9,406	9,599	9,772
介護職員処遇改善加算（月額）	3,467	3,757	4,010	4,235	4,438
特別な室料　なし 月額（30日）	271,727	279,457	286,190	292,205	297,598
特別な室料　有り 月額（30日）	370,727	378,457	385,190	391,205	396,598

※　第２段階をお持ちの方は、「無料低額老健利用事業実施施設」である為対象となる場合がございます。

領収書は大切に保管ください。介護保険負担金は、高額介護サービス費と医療費控除の対象となります。再発行は原則致しません。

再発行する場合は、発行手数料がかかります。

※5.　加算合計は、ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅲ（20円/日）、夜勤職員配置加算（78円/日）、初期加算（98円/日）、短期集中リハ実施加算（654円/日）、在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ（167円/日）、になります。

※1、２　任意です。

ご家族氏名

確認日時　　年　　月　　日