

介護老人保健施設 老健ぬかだ 入所利用料金表

2024年10月1日現在

【介護保険給付対象】

※介護報酬単位をもとに鎌倉市3級地・地域加算10.68を乗じた数が負担額となります

表示額/負担額（単位：円）

基本額（1日につき）	要介護区分		多床室入所			個室入所		
			1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
		要介護1	846	1,693	2,540	765	1,531	2,297
		要介護2	900	1,800	2,700	814	1,629	2,444
		要介護3	969	1,939	2,909	884	1,768	2,652
		要介護4	1,026	2,052	3,079	943	1,886	2,829
		要介護5	1,080	2,161	3,271	995	1,990	2,986

【加算】

★ 2024年4月1日より新規又は変更の加算

特記事項	1割負担	2割負担	3割負担
------	------	------	------

★ 初期加算（Ⅰ）（急性期医療機関入院後30日以内に退院し入所された場合 入所日から30日以内の期間/1日につき）	対象者	64	128	192
初期加算（Ⅱ）（上記以外の場合 入所日から30日以内の期間/1日につき）	対象者	32	64	96
栄養マネジメント強化加算（1日につき）	全員対象	11	23	35
療養食加算（医師の食事箋に基づいて食事を提供した場合1食につき6単位/1日3食限度・1日につき）	対象者	19	38	57
再入所時栄養連携加算（医療機関に入院し再入所時に栄養管理調整が必要な場合1人1回）	対象者	213	427	640
外泊時費用（居宅における外泊を認めた場合・月6日限度/1日につき・但し初日と最終日を除く）	対象者	386	773	1,159
緊急時施設療養費（緊急時の治療管理・連続する月3日限度/1月1回）	対象者	553	1,106	1,659
所定疾患施設療養費Ⅱ（連続する月10日限度/1月1回）	対象者	512	1,025	1,537
認知症行動・心理症状緊急対応加（医師が在宅での生活が困難と判断し入所した場合入所日より7日限度/1日につき）	対象者	213	427	640
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（入所時必要時/1回限り）	対象者	480	961	1,441
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）（入所時必要時/1回限り）	対象者	512	1,025	1,537
試行的退所時指導加算（1月を越える入所者が試行的に退所する場合・1回限り）	対象者	427	854	1,281
退所時情報提供加算（Ⅰ）（居宅へ退所した場合 必要時/1回限り）	対象者	534	1,068	1,602
★ 退所時情報提供加算（Ⅱ）（医療機関へ退所した場合 必要時/1回限り）	対象者	267	534	801
入退所前連携加算Ⅱ（入所時必要時/1回限り）	対象者	427	854	1,281
訪問看護指示加算（退所時必要時/1回限り）	対象者	320	640	961
★ 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（入所後3ヶ月以内の利用者・1日につき）	対象者	275	551	826
★ 短期集中短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（入所3ヶ月以内/1週3回を限度/1日につき）	対象者	256	512	768
★ リハビリマネージメント計画書情報加算（Ⅰ）（1月につき1回）	対象者	56	113	169
★ リハビリマネージメント計画書情報加算（Ⅱ）（1月につき1回）	対象者	35	70	105
★ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）（1月につき1回）	全員対象	64	128	192
★ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）（1月につき1回）	対象者	96	192	288
★ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）（1月につき1回）	対象者	117	234	352
経口維持加算Ⅰ（摂食・嚥下障害が認められる利用者・1月につき）	対象者	427	854	1,281
★ 安全対策体制加算（入所初日に1回限り）	全員対象	21	42	64
★ 自立支援促進加算（1月につき1回）	全員対象	320	640	961
★ 排せつ支援加算（Ⅰ）（1月につき1回）	全員対象	10	21	32
★ 排せつ支援加算（Ⅱ）（1月につき1回）	対象者	16	32	48
★ 排せつ支援加算（Ⅲ）（1月につき1回）	対象者	21	42	64
★ 協力医療機関連携加算（2）（1月につき1回）	対象者	5	10	15
★ ターミナルケア加算Ⅰ1（死亡日以前31日以上45日以下/1日につき）	対象者	85	170	256
ターミナルケア加算Ⅱ1（死亡日以前4日以上30日以下/1日につき）	対象者	170	341	512
★ ターミナルケア加算Ⅲ1（死亡日以前2日又は3日/1日につき）	対象者	971	1,943	2,915
★ ターミナルケア加算Ⅳ1（死亡日/1日につき）	対象者	2,029	4,058	6,087
夜勤職員配置加算（1日につき）	全員対象	25	51	76
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（1日につき）	全員対象	19	38	57
★ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（1日につき）	全員対象	54	108	163
★ ☆ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（1月につき/月ごとに変動）	※ 2024年6月より 全員対象	介護保険給付総単位数×7.5%		

☆施設指標、職員配置体制、処遇体制等関連項目/適用の有無はご利用月によって異なります

【介護保険給付対象外】

表示額/負担額（単位：円）

居住費（1日につき）	負担限度額区分		多床室入所		個室入所	
		第1段階	0			550
		第2段階	430			550
		第3段階①②	430			1,370
		第4段階	437			1,728
食費（1日につき）		第1段階				300
		第2段階				390
		第3段階①				650
		第3段階②				1,360
		第4段階				2,000
教養娯楽費（希望者 1回につき）						実費
理髪代（椅子に座っての場合 1回につき）						1,880
理髪代（ベッド上の場合 1回につき）						2,980
予防接種代（接種が必要と認められた場合）						実費
特別な食材費（必要と認められた場合）						実費
特別な療養室の室料（個室 1日につき）※1						4,400（税込）
特別な療養室の室料（2人部屋 1日につき）※2						2,200（税込）

※1 個室設備 洗面台1台・ベッド電動3モーター採用・木製チェア・大型トータルキャビネット

※2 2人部屋設備 洗面台1台・ベッド電動3モーター採用・木製チェア・トータルキャビネット

【外部業者による入所セット・その他】

表示額/負担額（単位：円）

Aタイプ（1日につき）（別紙外部業者案内参照 ※ 単品申し込みも可能）	330（税込）
Bタイプ（1日につき）（別紙外部業者案内参照 ※ 単品申し込みも可能）	430（税込）
Cタイプ（1日につき）（別紙外部業者案内参照 ※ 単品申し込みも可能）	149（税込）
Dタイプ（1日につき）（別紙外部業者案内参照 ※ 単品申し込みも可能）	165（税込）