

基本利用料金《介護予防短期入所療養介護Ⅰⅱ（ショートステイ・個室）》

介護老人保健施設 エスポワール岬  
2024.11.1  
(単価:円)

要介護度	負担割合	保険負担金/日	サービス提供体制加算(Ⅰ)/日	夜勤職員配置加算/日	保険適用分計/①	段階別	食費	居住費	特別な室料	日用品費	教養娯楽費	自費分計/日②	①+②合計/日1割負担	①+②合計/日2割負担	①+②合計/日3割負担	合計/週(7日)1割	合計/週(7日)2割	合計/週(7日)3割
要支援 1	1割	632	22	24	678	第1段階	300	550				3,980	4,658			32,606		
	2割	1,264	44	48	1,356	第2段階	600	550				4,280	4,958			34,706		
						第3段階Ⅰ	1,000	550	2,670	260	200	4,680	5,358			37,506		
						第3段階Ⅱ	1,300	550				4,980	5,658			39,606		
3割	1,896	66	72	2,034	第4段階	1,870	550				5,550	6,228	6,906	7,584	43,596	48,342	53,088	
要支援 2	1割	778	22	24	824	第1段階	300	550				3,980	4,804			33,628		
	2割	1,556	44	48	1,648	第2段階	600	550				4,280	5,104			35,728		
						第3段階Ⅰ	1,000	550	2,670	260	200	4,680	5,504			38,528		
						第3段階Ⅱ	1,300	550				4,980	5,804			40,628		
3割	2,334	66	72	2,472	第4段階	1,870	550				5,550	6,374	7,198	8,022	44,618	50,386	56,154	

\*自費分(食費等)については税込金額となります

☆ ①②に該当する方は多床室と同額の報酬の負担となります。→ ①感染症や治療上の必要により(30日以内)個室への入所が必要な方  
②著しい精神症状により多床室では対応が不可能である方

基本利用料金《介護予防短期入所療養介護Ⅰⅳ（ショートステイ・多床室）》

2024.11.1  
(単価:円)

要介護度	負担割合	保険負担金/日	サービス提供体制加算(Ⅰ)/日	夜勤職員配置加算/日	保険適用分計/①	段階別	食費	居住費	日用品費	教養娯楽費	自費分計/日②	①+②合計/日1割負担	①+②合計/日2割負担	①+②合計/日3割負担	合計/週(7日)1割	合計/週(7日)2割	合計/週(7日)3割	
要支援 1	1割	672	22	24	718	第1段階	300	0			760	1,478			10,346			
	2割	1,344	44	48	1,436	第2段階	600	430				1,490	2,208			15,456		
						第3段階Ⅰ	1,000	430	260	200	1,890	2,608			18,256			
						第3段階Ⅱ	1,300	430				2,190	2,908			20,356		
3割	2,016	66	72	2,154	第4段階	1,870	510				2,840	3,558	4,276	4,994	24,906	29,932	34,958	
要支援 2	1割	834	22	24	880	第1段階	300	0			760	1,640			11,480			
	2割	1,668	44	48	1,760	第2段階	600	430				1,490	2,370			16,590		
						第3段階Ⅰ	1,000	430	260	200	1,890	2,770			19,390			
						第3段階Ⅱ	1,300	430				2,190	3,070			21,490		
3割	2,502	66	72	2,640	第4段階	1,870	510				2,840	3,720	4,600	5,480	26,040	32,200	38,360	

\*自費分(食費等)については税込金額となります

☆☆☆ 加算項目 (該当する方のみにかかる費用) ☆☆☆

項目	金額	1割負担	2割負担	3割負担
*個別リハビリテーション実施加算	1日	240円	480円	720円
*在宅復帰・在宅療養支援加算Ⅱ	1日	51円	102円	153円
*療養食加算	1食	8円	16円	24円
*緊急時治療管理加算(連続する3日間)	1回	518円	1,036円	1,554円
*送迎加算	片道	184円	368円	552円
*生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1月	10円	20円	30円
*口腔連携強化加算	1月	50円	100円	150円
*総合医学管理加算(利用中10日を限度)	1日	275円	550円	825円

\* 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (所定単位数×75/1000)/月  
(注) 所定単位数とは、利用実績により算定した単位の合計

\* 理美容料金 1,030円～2,060円(実費)