

指定介護老人福祉施設 鎌倉プライエムきしる料金表

1 介護報酬に係わる費用（利用者負担1割から3割）及び食費、居住費

項 目	金 額 (単位)	内 容
① 基本額	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	589単位 659単位 732単位 802単位 871単位
		1日あたり
② 加算額	日常生活継続支援加算	36単位 1日につき
	精神科医師定期的療養指導加算	5単位 1日につき
	外泊時加算	246単位 1日につき 月6日限度
	初期加算	30単位 入所日から30日以内、入院1ヶ月以上 を経た場合の再入所も同様。
	夜勤職員配置加算 (Ⅰ)	13単位 1日につき
	看護体制加算 (Ⅰ・ロ)	4単位 1日につき
	安全対策体制加算	20単位 入所時1回
	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	40単位 1月につき
	生産性向上体制加算 (Ⅱ)	10単位 1月につき
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	10単位 1月につき ※新設
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	5単位 1月につき ※新設
	協力医療機関連携加算 (Ⅱ)	5単位 1回につき
	退所時情報提供加算	250単位 1回につき
	看取り介護加算	1,280単位 逝去日
		680単位 逝去前日・前々日
		144単位 逝去前4～30日
		72単位 逝去前31～45日
	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) (基本サービス費+各加算額)×14.0%	
③ 自己負担額	(①+②)×10.68円を計算した合計額の10% (合計額から90%を引いた額) ※負担割合2割の方は (①+②)×30日×10.68円を計算した合計額の20% 負担割合3割の方は (①+②)×30日×10.68円を計算した合計額の30%	
④ 負担段階	食費 基準額	居 住 費
	1,940円	多床室 基準額 915円 個室 基準額 1,231円
	第1段階 300円	0円 380円
	第2段階 390円	430円 480円
	第3段階 ①650円②1,360円	430円 880円
第4段階	1,940円	915円 1,231円

※単位 (円) ※③ (1割負担) + ④ (食費、居住費) × 30日 = 1ヶ月の支払い合計額となります。
自己負担2割の方③ (2割負担) + ④ (食費、居住費) × 30日 = 1ヶ月の支払い合計額となります。
自己負担3割の方③ (3割負担) + ④ (食費、居住費) × 30日 = 1ヶ月の支払い合計額となります。

※食費・居住費については、介護保険負担限度額の認定を受けている方 (第1から第3段階まで) は、その認定証に記載された額となります。

介護度・種別	レ	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. サービス料金 (円)		7,882	8,726	9,623	10,466	11,310
2. 介護保険からの給付額 (円)		7,094	7,853	8,661	9,419	10,179
3. 自己負担額(円) ※1割の方		788	873	962	1,047	1,131
4. 日常生活継続支援加算	レ	36単位 (以下「単位」)				
5. 夜勤職員配置加算 (Ⅰ)	レ	13				
6. 身体拘束廃止未実施減算		－10%				
7. 精神科医師定期的療養指導加算	レ	5				
8. 外泊時加算		246				
9. 初期加算		30				
10. 看護体制加算 (Ⅰ・ロ)	レ	4				
11. 安全対策体制加算		20				
12. 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	レ	40				
13. 生産性向上体制加算 (Ⅱ)	レ	10				
14. 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	レ	10				
15. 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	レ	5				
16. 協力医療機関連携加算 (Ⅱ)		5				
17. 退院時情報提供加算		250				
18. 看取り介護加算	レ	逝去日1,280、逝去前日・前々日680 逝去前4～30日144、逝去前31～45日72				
19. 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	レ	(基本サービス費＋各加算) × 14%				
20. 食事に係わる負担額						
第1段階		300円				
第2段階		390円				
第3段階		① 650円		②1,360円		
第4段階		1,940円				
21. 居住に係わる自己負担額		多 床 室	個 室			
第1段階		0 円	380円			
第2段階		430円	480円			
第3段階		430円	880円			
第4段階		915円	1,231円			
22. 自己負担額合計 (3+20+21) × 30日 = 1ヶ月の支払い合計額						

※各該当欄にチェックを入れ、利用者負担額を合計します

（単位：円）

3.の自己負担額については、☒ チェックの項目を含めた標準的な負担額です。

別添「その他の費用」

サービスの種別	内 容	自己負担額
理美容	理容・美容ともに月1回、実施しております。(選択制)	実費をご負担して頂くことになります。
レクリエーション行事	季節行事についての費用・レクリエーション及び、クラブ等の材料費。(選択制)	実費をご負担して頂くことになります。
特別な食事	施設で提供する給食以外、個別に提供する食事。(選択制)	希望種別により、自己負担となります。
クリーニング	外部のクリーニング業者を利用できます。(選択制)	実費をご負担して頂くことになります。
預り金の管理サービス	被服費、嗜好品等の購入代金の支払い、嘱託医等の診察の際の支払いの代行を行います。	1ヵ月 1,000円
日用品	生活必需品(歯ブラシ、石鹸等、施設で基本的に用意提供している物品以外のもの)(選択制)	実費をご負担して頂くことになります。
医療費	施設嘱託医及び外部医療機関の診察等に係る費用	医療保険制度により一部負担が必要になります。

その他の保険外サービスの費用

サービスの種別	内 容	自己負担額
通院送迎	医療機関等への入通院時に施設の車両で送迎いたします	無料(協力医療機関以外の定期受診は自己負担)
通院時付添い	医療機関等への通院の際の付添いです ※原則、ご家族の付き添いとなります。	無料
予防接種等	インフルエンザ等の予防接種です (選択制)	実費負担
お買物	嗜好品等その他の買物の代行です。	無料

料金参照表(概算)＜施設入所＞

(1ヶ月あたり:30日)令和7年4月1日現在

段 階	第1段階	第2段階	第3段階	第3段階	第4段階
1月あたりの食費の合計	9,000	11,700	19,500	40,800	58,200
1月あたりの居住費の合計	0	12,900	12,900	12,900	27,450
食費と居住費の合計					
要介護1	1割	32,725	48,325	56,125	77,425
	23,725	44,125	49,825	67,825	90,925
	2割	56,449	72,049	79,849	101,149
	47,449	67,849	73,549	91,549	114,649
	3割	80,174	95,774	103,574	124,874
要介護2	71,174	91,574	97,274	115,274	138,374
	1割	35,256	50,856	58,656	79,956
	26,256	46,656	52,356	70,356	93,456
	2割	61,511	77,111	84,911	106,211
	52,511	72,911	78,611	96,611	119,711
要介護3	3割	87,767	103,367	111,167	132,467
	78,767	99,167	104,867	122,867	145,967
	1割	37,947	53,547	61,347	82,647
	28,947	49,347	55,047	73,047	96,147
	2割	66,894	82,494	90,294	111,594
要介護4	57,894	78,294	83,994	101,994	125,094
	3割	95,841	111,441	119,241	140,541
	86,841	107,241	112,941	130,941	154,041
	1割	40,478	56,078	63,878	85,178
	31,478	51,878	57,578	75,578	98,678
要介護5	2割	71,956	87,556	95,356	116,656
	62,956	83,356	89,056	107,056	130,156
	3割	103,435	119,035	126,835	148,135
	94,435	114,835	120,535	138,535	161,635
	1割	43,009	58,609	66,409	87,709
要介護6	34,009	54,409	60,109	78,109	101,209
	2割	77,019	92,619	100,419	121,719
	68,019	88,419	94,119	112,119	135,219
	3割	111,028	126,628	134,428	155,728
	102,028	122,428	128,128	146,128	169,228

(単位:円)