

「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】

2026年3月1日

【 1 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	955	1,038	1,110	1,174	1,232
サービス提供体制強化加算Ⅲ	7	7	7	7	7
夜勤職員配置加算	27	27	27	27	27
食費負担額	2,310	2,310	2,310	2,310	2,310
居住費	2,420	2,420	2,420	2,420	2,420
日 額	5,719	5,802	5,874	5,938	5,996
月額（30日）	171,570	174,060	176,220	178,140	179,880

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（Ⅰ） ※1	66円/日	15	口腔衛生加算（Ⅰ）	99円/日
2	初期加算（Ⅱ） ※1	33円/日	16	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	4円/月
3	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	491円/回	17	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	15円/月
4	退所時情報提供加算（Ⅰ）	545円/回	18	排せつ支援加算（Ⅰ）	11円/月
5	退所時情報提供加算（Ⅱ）	273円/回	19	排せつ支援加算（Ⅱ）	17円/月
6	入退所前連携加算（Ⅱ）	436円/回	20	排せつ支援加算（Ⅲ）	22円/月
7	療養食加算	7円/毎食	21	経口移行加算	31円/日
8	ターミナルケア加算	79円/日	22	経口維持加算（Ⅰ）	436円/月
9		175円/日	23	経口維持加算（Ⅱ）	109円/月
10		992円/日	24	在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ	56円/日
11		2071円/日	25	協力医療機関連携加算	55円/月
12	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	218円/日	26	安全対策体制加算	22円/回
13	退所時栄養情報連携加算	77円/月			
14	訪問看護指示加算	327円/回			

3. 処遇改善加算（共通の利用料）

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月において算定した総単位数×7.1%×10.9円が加算されます。 （お客様負担は1割）
----------------	--

4. その他利用料

(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
衣類貸出	460円/日	靴下、肌着、上着、ズボン
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	5,000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
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
活動参加費	実費	参加希望者のみ
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. 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。
（Ⅰ）は、急性期医療機関の一般病棟から入院後30日以内に入所した場合に算定されます。

5. 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、別途実費請求させていただきます。

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	955	1,038	1,110	1,174	1,232
加算合計 ※2	341	341	341	341	341
食費負担額	2,310	2,310	2,310	2,310	2,310
居住費	2,420	2,420	2,420	2,420	2,420
日 額	6,026	6,109	6,181	6,245	6,303
月額 (30日) ※3	180,780	183,270	185,430	187,350	189,090
第 3 段階②	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	955	1,038	1,110	1,174	1,232
加算合計 ※2	341	341	341	341	341
食費負担額	1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
居住費	1,370	1,370	1,370	1,370	1,370
日 額	4,026	4,109	4,181	4,245	4,303
月額 (30日) ※3	120,780	123,270	125,430	127,350	129,090
第 3 段階①	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	955	1,038	1,110	1,174	1,232
加算合計 ※2	341	341	341	341	341
食費負担額	650	650	650	650	650
居住費	1,370	1,370	1,370	1,370	1,370
日 額	3,316	3,399	3,471	3,535	3,593
月額 (30日) ※3	99,480	101,970	104,130	106,050	107,790
第 2 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	955	1,038	1,110	1,174	1,232
加算合計 ※2	341	341	341	341	341
食費負担額	390	390	390	390	390
居住費	880	880	880	880	880
日 額	2,566	2,649	2,721	2,785	2,843
月額 (30日) ※3	76,980	79,470	81,630	83,550	85,290

※2. 加算合計は、サービス提供体制強化加算Ⅲ、夜勤職員配置加算、在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ、初期加算Ⅱ、短期集中リハ実施加算で試算しております。加算合計は対象者により異なります。

※3. 上記の概算利用料金一覧とは別に「1ヶ月において算定した総単位数×7.1%×10.9円」の1割負担分の金額が、共通の利用料として月額に加算されます（処遇改善加算）。

※ 当施設は「無料低額介護老人保健施設利用事業」である為、第2段階または第3段階①をお持ちの方は対象となる場合がございます。

※ 介護保険負担限度額認定対象者は、認定証を施設に提出いただいた当月より適応となります。

※ **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。



ご家族氏名

確認日時 年 月 日