

ケアホームズ両国 利用料金表
運営規程別紙



HOUYUKAI

【サービス利用料】

【令和5年9月1日版】

1ヶ月(30日)あたりの介護保険単位数	基本単位(A)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
				652単位	720単位	793単位	862単位	929単位
	サービス体制加算(B)/日		看護体制加算(I)イ 6単位 看護体制加算(II)イ 13単位 夜勤職員配置加算(II)イ 27単位 個別機能訓練体制加算(I) 12単位 日常生活継続支援加算II 46単位 もしくはサービス提供体制強化加算II 18単位				104単位	
	サービス体制加算(C)/月		褥瘡マネジメント加算(II) 13単位				13単位	
処遇改善加算	介護職員処遇改善加算(I)/月((A+B)×30日分+C)×8.3%		1,887単位	2,057単位	2,239単位	2,410単位	2,577単位	
	介護職員等特定処遇改善加算(I)/月((A+B)×30日分)+C)×2.7%		614単位	669単位	728単位	784単位	838単位	
	介護職員等ベースアップ支援加算/月((A+B)×30日分)+C)×1.6%		364単位	396単位	432単位	465単位	497単位	
月あたりの利用料自己負担			1割負担	27,910円	30,414円	33,103円	35,642円	38,109円
			2割負担	55,819円	60,827円	66,205円	71,284円	76,217円
※単位数×地域単価10.9円の額の負担割合分			3割負担	83,729円	91,240円	99,307円	106,926円	114,326円
月額利用料金(30日計算)	段階	料金/日	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第4段階	食費:1,850円	1割負担	173,410円	175,914円	178,603円	181,142円	183,609円
		居住費:3,000円						
	第3段階②	食費:1,360円		108,010円	110,514円	113,203円	115,742円	118,209円
		居住費:1,310円						
	第3段階①	食費:650円		86,710円	89,214円	91,903円	94,442円	96,909円
		居住費:1,310円						
	第2段階	食費:390円		64,210円	66,714円	69,403円	71,942円	74,409円
		居住費:820円						
	第1段階	食費:300円		61,510円	64,014円	66,703円	69,242円	71,709円
居住費:820円								
食費:1,850円		2割負担	201,319円	206,327円	211,705円	216,784円	221,717円	
居住費:2,006円								
食費:1,850円		3割負担	229,229円	236,740円	244,807円	252,426円	259,826円	
居住費:3,000円								

墨田区(1級地)の単価は1単位10.9円となり、単位数×単価の1割・2割又は3割が自己負担分となります。

- ・料金表の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。
- ・施設のサービスまたは人員体制等の変更により、算定する加算の変更および料金が増減する場合があります。
- ・生活保護受給者の方の食費は介護扶助から給付されますので自己負担額が異なります。

【介護保険以外の料金(嗜好品・レクリエーション費用等)】

理美容費用	実費	ご希望により訪問理容サービスを実施した場合
レクリエーション費用	実費	個別のご希望で行ったレクリエーションにて費用がかかった場合
日常生活品	実費	生活品(ティッシュ類・保湿剤等・歯ブラシ)
特別な食事・嗜好品	実費	ご希望による外注・外食・納涼祭などでの行事食費用、嗜好品
医療費	実費	病院受診・処方箋・薬・訪問歯科等に伴う医療費自己負担分
その他	実費	ご希望により購入する健康維持等の為の栄養補助食品、施設備品以外の介護用品や機器、施設でご用意する以外の衛生材料など個人使用を希望して購入する全ての物

【その他の加算・個別加算の料金(1割負担で表記)】

看取り介護加算:ご逝去日以前31～45日	(I)79円/日	ガイドラインに沿った取り組みと意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援等 (I)医師より看取り期の診断があり、本人・家族等へ説明・同意を得て看取り介護を提供した場合。 ※退居後に自宅、病院等で逝去した場合もご逝去月が算定の対象となります。
看取り介護加算:ご逝去日以前4～30日	(I)157円/日	
看取り介護加算:ご逝去日前日・前々日	(I)742円/日	
看取り介護加算:ご逝去日	(I)1,396円	
療養食加算	7円/食	医師の指示により療養食を提供した場合 1日3食が上限(特別食提供時は加算不可)
口腔衛生管理加算	(I)99円(II)120円/月	(I)月2回以上専門的口腔ケアを行った場合等(II)(I)に加え必要な情報を国に提出し情報を活用した場合
経口維持加算	(I)436円/月(II)109円/月	(I)摂食障害等を有する方に歯科医等の指示で計画を作成し、管理栄養士が栄養管理を行った場合 (II) 協力歯科を定め食事観察や会議に医師等が加わった場合
初期加算	33円/日	入所日から30日間、並びに30日以上入院からの退院後30日間が加算対象
入院外泊時費用	269円/日	入院・外泊中の入所者が対象、月6日が上限
再入所時栄養連携加算	218円/回	入院中更に栄養管理が必要となり管理栄養士が連携して栄養管理を行った場合等
配置医師緊急時対応加算	早朝夜間708円 深夜1,417円/回	配置医と協力病院医師が連携し、24時間対応できる体制を確保している事等
褥瘡マネジメント加算	(I)4円(II)15円/月 ※(I)と(II)併算不可	褥瘡発生リスクについて入所時・定期的に評価し評価結果を提出した場合等
排せつ支援加算	(I)11円(II)17円(III)22円/月	要介護状態軽減について入所時・定期的に評価し国に提出、支援計画の作成、状態改善が見られた場合等
自立支援促進加算	327円/月	医師が入所時の医学的評価を行い他職種で支援経過を策定し実施、医学的評価を国に提出した場合等
安全対策体制加算	22円/入所時1回	外部研修を受けた担当者を配置する等、安全対策を実施する体制を整備した場合
経口移行加算	31円/日	医師の指示に基づき経口への食事に移行する計画しケアに取り組んだ場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	218円/日 7日間迄	認知症の方が医師の判断で緊急に施設入所となった場合
在宅・入所相互利用加算	44円/日	在宅期間と入所期間を定め、在宅ケアと連携し居室を利用している場合
認知症専門ケア加算	(I)4円/日(II)5円/日	(I)日常生活自立度Ⅲ50%以上、研修修了者の配置(II)更に研修修了者を配置、研修実施等
ADL維持等加算	(I)33円/月(II)66円/月	ADL値を測定し国に提出する等の算定要件を満たした場合

・当月末締め翌月27日までに自動口座振替にてお支払いいただきます。

・上記の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。

介護老人福祉施設の利用にあたり、入所者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 東京都墨田区両国2丁目5番13号

名称 ケアホームズ両国

説明日 令和 年 月 日

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、十分に理解し同意いたしました。

<ご利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

<家族/代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

運営規程(別紙2)

日常生活に要する費用(内訳)

次のサービスは、介護保険の給付対象とならないサービスです。ご入居者様の希望に応じて、物品及びサービスを提供し、利用実数に応じて請求させていただきます。

費用の種類	金額	内容/備考
特別な食事	実費	体調により提供できない場合があります。
理美容代	実費	委託業者による理髪サービス費です。
クラブ活動費	実費	習字・折り紙等のクラブ材料の費用です。
特別行事費	実費	外出等の特別行事参加費用です。
日用品(消耗物品) 個別提供サービス	右記の消耗物品代	① 歯磨き粉 90円/1本
		② 歯ブラシ 170円/1本
		③ 義歯ブラシ 350円/1本
		④ 舌ブラシ 300円/1本
		⑤ 義歯洗浄剤 650円/1箱
		⑥ ペーパータオル 90円/1箱
		⑦ ウェットティッシュ 320円/1箱
		⑧ ティッシュ 300円/1箱
		⑨ ハンドソープ 620円/1本
		⑩ ケアクリーム 650円/1本
		義歯保管容器 400円/1個
		コップ 400円/1個
くし 60円/1本		
日用品(消耗物品) セット提供サービス	Aセット:150円/日	① ~ ⑩
	Bセット:60円/日	① ~ ⑤
	Cセット:120円/日	⑥ ~ ⑩
電気代(1台につき)	10円/日	テレビ等電化製品を持ち込む場合です。
特別な療養室の利用料	703号室 500円/日	角部屋で日照等の良好なTV設備を整えた特別室です。
	606、506、406、306、206号室 300円/日	
預り金管理費	1000円/月	金銭管理に伴う費用です。
コピー代	10円/1枚	コピーの費用です。
テレビレンタル料	100円/日	テレビの貸出費用です。(電気代含む)

介護老人福祉施設の利用にあたり、入所者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 東京都墨田区両国2丁目5番13号

名称 ケアホームズ両国

説明者 令和 年 月 日

説明者

私は、本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項を受け、十分に理解し同意しました。

<ご利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<家族/代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____