

軽費老人ホームケアハウスにのへ利用料金表(自己負担額)

(1)入居保証金(預り金)

平成29年11月1日現在

項 目		金額
特定施設(介護予防特定施設)入居者生活介護	ユニットタイプ居室	200,000 円
一般型	Aタイプ居室	275,000 円
	Bタイプ居室	290,000 円

- ・契約締結後、入居日までに指定口座に振り込みとなります。
- ・退去時に、利用料や居室内の修繕費用等の実費を清算し、残金は返金します。

(2)利用料

項 目			月額
居住費	居室使用料	ユニットタイプ(特定施設入居者生活介護)	40,000 円
		Aタイプ(一般)	50,000 円
		Bタイプ(一般)	58,000 円
光熱水費	電気料	居室に係る電気料金	6,000 円
	水道料	居室に係る上下水道料	1,500 円
生活費	食材費、共用部分の維持管理費用		42,490 円
寝具料	電動ギャッチベット、寝具(定期交換週1回)の使用料		3,000 円
冬季加算	11月～3月の5ヶ月間の暖房費用		5,800 円
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が選定する特別なサービスの提供を行ったことに伴い必要となる費用 ・施設において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、入居者が負担することが適当と認められる費用。 			実費

(3)その他の利用料(入居者等の希望により依頼を受け実施した場合の料金)

項 目		単位	金額
洗濯業務委託費		1ヶ月	3,000 円
預り金管理費		1ヶ月	900 円
エアーマット使用料		1ヶ月	3,000 円
とろみ調整食品材料費		1ヶ月	3,000 円
通院交通費	片道3km未満	片道	500 円
	片道3km以上10km未満	片道	1,000 円
	片道10km以上20km未満	片道	2,000 円
	片道20km以上30km未満	片道	2,500 円
	片道30kmを超える場合については、都度相談とします。	片道	一 円
おむつ代(紙おむつ、尿取りパット、リハビリパンツ)		枚・袋	実 費
理美容代(散髪、毛染め、パーマ)		回	実 費
クリーニング代(施設内の洗濯機を使用しないもの)		枚	実 費

○日額算定となる利用料金等は次のとおりです。

- ・介護サービス費(介護度別・負担割合別料金表参照)
- ・生活費のうち1日当りの食材費(日額:800円)
- ・光熱水費(日額:250円)
- ・寝具料(日額:100円)
- ・エアーマット使用料(日額:100円)
- ・洗濯業務委託費(日額:100円)
- ・とろみ調整食品材料費(日額:100円)
- ・預り金管理費(日額:30円)

○外泊時又は入院時等の不在時においても徴収する利用料金等は、次のとおりです。

- ・費用徴収額
- ・居住費(但し、入退去時には、日額算定となります。)
- ・冬季加算
- ・生活費(但し、1日当りの食材費800円を除く。)

(4) 介護サービス費用

項目		1割負担者	2割負担者
介護費	要支援1	179 円/日	358 円/日
	要支援2	308 円/日	616 円/日
	要介護1	533 円/日	1,066 円/日
	要介護2	597 円/日	1,194 円/日
	要介護3	666 円/日	1,332 円/日
	要介護4	773 円/日	1,546 円/日
	要介護5	798 円/日	1,596 円/日
夜間看護体制加算	要支援1～2	0 円/日	0 円/日
	要介護1～5	10 円/日	20 円/日
サービス提供体制加算		18 円/日	36 円/日

- ・常勤の看護職員を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めるとともに、夜間における連絡対応体制を整備します。
- ・入居者が重度化した場合における重度化対応指針を定めます。
- ・介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上を配置します。

項目		1割負担者	2割負担者
認知症専門ケア加算(Ⅰ)		3 円/日	6 円/日
看取り介護加算	死亡日以前4～30日	144 円/日	288 円/日
	死亡日前日及び前々日	680 円/日	1360 円/日
	死亡日	1280 円/日	2560 円/日

- ・利用者総数のうち、認知症対象者の占める割合が2分の1以上である場合で、認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員を適切に配置し、チームとして専門的な認知症ケアを行います。
- ・医師により回復の見込みがないと判断された方で、その介護計画に同意され、看取り指針に基づき介護記録等を活用し行われる介護について同意された方への看取りを行います。

項目		1割負担者	2割負担者
医療機関連携加算		80 円/月	160 円/月

- ・必要に応じ医療機関等に対し、入居者の同意を得て健康状況についての情報提供を月1回以上行います。

項目		1割負担者	2割負担者
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		8.2 %	8.2 %

- ・介護サービス費用に各種加算減算を加えた総単位数に加算率を乗じた単位数を算定します。

(5) 費用徴収額(サービスの提供に要する基本額)

項目 対象収入階層区分		費用徴収額	
		一般型	特定施設
1,500,000	以下	10,000 円/月	10,000 円/月
1,500,001	～ 1,600,000	13,000 円/月	13,000 円/月
1,600,001	～ 1,700,000	16,000 円/月	16,000 円/月
1,700,001	～ 1,800,000	19,000 円/月	19,000 円/月
1,800,001	～ 1,900,000	22,000 円/月	22,000 円/月
1,900,001	～ 2,000,000	25,000 円/月	25,000 円/月
2,000,001	～ 2,100,000	30,000 円/月	30,000 円/月
2,100,001	～ 2,200,000	35,000 円/月	35,000 円/月
2,200,001	～ 2,300,000	40,000 円/月	40,000 円/月
2,300,001	～ 2,400,000	45,000 円/月	45,000 円/月
2,400,001	～ 2,500,000	50,000 円/月	49,551 円/月
2,500,001	～ 2,600,000	57,000 円/月	49,551 円/月
2,600,001	～ 2,700,000	64,000 円/月	49,551 円/月
2,700,001	～ 2,800,000	71,000 円/月	49,551 円/月
2,800,001	～ 2,900,000	78,000 円/月	49,551 円/月
2,900,001	以上	82,016 円/月	49,551 円/月

- ・入居者の所得状況により、徴収すべき費用として都道府県知事が定める額を毎月徴収します。
- ・毎年1年間(1月～12月)の収入申告書を提出して頂き、7月1日を基準日として確定します。