

利 用 料 金 表 (1割負担)

社会福祉法人 小茂根の郷 東京武蔵野ホーム

1.介護保険基準サービス

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と、居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

1日あたりの金額（円）		従来型個室をご利用の場合				
要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位内訳	介護度別 単位数	573	641	712	780	847
	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	40	40	40	40
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	12	12	12	12
	精神科医指導加算	5	5	5	5	5
	看護体制加算（Ⅰ）	4	4	4	4	4
	看護体制加算（Ⅱ）	8	8	8	8	8
	夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13	13	13	13	13
	日常生活継続支援加算	36	36	36	36	36
単位数合計		691	759	830	898	965
1.サービス費用総額 （単位数合計×10,90）		7,531	8,273	9,047	9,788	10,518
2. 1のうち、介護保険給付額 （9割）		6,777	7,445	8,142	8,809	9,466
3. 利用者自己負担額 （1-2）		754	828	905	979	1,052
第一段階	4. 居住費に係る自己負担額	320	320	320	320	320
	5. 食費に係る自己負担額	300	300	300	300	300
	自己負担額 合計（3+4+5）	1,374	1,448	1,525	1,599	1,672
第二段階	4. 居住費に係る自己負担額	420	420	420	420	420
	5. 食費に係る自己負担額	390	390	390	390	390
	自己負担額 合計（3+4+5）	1,564	1,638	1,715	1,789	1,862
第三段階①	4. 居住費に係る自己負担額	820	820	820	820	820
	5. 食費に係る自己負担額	650	650	650	650	650
	自己負担額 合計（3+4+5）	2,224	2,298	2,375	2,449	2,522
第三段階②	4. 居住費に係る自己負担額	820	820	820	820	820
	5. 食費に係る自己負担額	1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
	自己負担額 合計（3+4+5）	2,934	3,008	3,085	3,159	3,232
第四段階	4. 居住費に係る自己負担額	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
	5. 食費に係る自己負担額	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	自己負担額 合計（3+4+5）	4,454	4,528	4,605	4,679	4,752

*合計金額に別途、介護職員処遇改善加算（8.3%）、介護職員等特定処遇改善加算（2.7%）、介護職員等ベースアップ支援加算（1.6%）が加わります。

*1級地のため利用単位に地域加算10.90を乗じた金額となっております。

*居室と食事にかかる負担額については、「負担限度額認定証」提示後、認定証記載の負担限度により計算します。

この他、該当者には下記の加算分をご負担いただきます。

加算名	単位	利用者負担 (円)	備 考
安全対策体制加算	20	22	外部研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	22	個別機能訓練計画の内容等を厚生労働省に提出し、フィードバックされた情報を有効活用した場合
栄養マネジメント強化加算	11	12	低栄養状態のリスクが高い利用者に対し、栄養計画に従い、食事の観察や栄養状態、嗜好等を踏まえた食事調整を行った場合
療養食加算	6	7	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合（糖尿病食や腎臓病食など）1日3回を限度とする
再入所時栄養連携加算	200	218	医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など施設入所時と異なる栄養管理が必要となった場合
初期加算	30	33	初期加算 （入所日から30日以内の期間。30日以上入院後の再入所も同様）
外泊・入院加算	246	269	病院等へ入院した場合及び居宅等へ外泊を認めた場合（月6回限度）
経口維持加算（Ⅰ）	400	436	入所者の経口維持計画書を作成し、歯科医師等の指示を受けた管理栄養士が経口摂取の為に特別な管理を行った場合（著しい摂食障害がある方）
経口維持加算（Ⅱ）	100	109	同上（摂食障害がある方、誤嚥が認められる方）（180日を限度）
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	99	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月2回以上行った場合
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	120	口腔衛生等の管理に関わる計画を厚生労働省に提出し、フィードバックされた情報を有効活用した場合
看取り介護加算 （45日～31日前）	72	79	看取り介護の体制ができていて、死亡日以前45日以上31日以下に加算
看取り介護加算 （4日～30日前）	144	157	看取り介護の体制ができていて、死亡日以前4日以上30日以下に加算
看取り介護加算 （前日・前々日）	680	742	看取り介護の体制ができていて、死亡日以前2日又は3日に加算
看取り介護加算 （当日）	1,280	1,396	看取り介護の体制ができていて、死亡日に加算
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	4	褥瘡発生予防の為、定期的に評価を行った場合
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	15	褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生がない場合
排せつ支援加算（Ⅰ）	10	11	排せつ障害等の為、排せつに介護を要する利用者に支援した場合
排せつ支援加算（Ⅱ）	15	17	施設入所時と比較して、排尿・排便の状態が少なくとも一方が改善するとともに、悪化が無いこと。又はおむつ使用から使用無しに改善した場合
排せつ支援加算（Ⅲ）	20	22	施設入所時と比較して、排尿・排便の状態が少なくとも一方が改善するとともに、悪化が無いこと。かつおむつ使用から使用無しに改善した場合
自立支援促進加算	300	327	自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止を行った場合
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50	55	（Ⅰ）の加算に加え、疾病情報を厚生労働省に提出し、フィードバックされた情報を有効活用した場合
ADL維持等加算（Ⅰ）	30	33	日常生活動作（食事、排泄、入浴等）を測定し、6か月後に再評価を行い（Ⅰ）数値化したものが1以上（Ⅱ）数値化したものが2以上の時算定
ADL維持等加算（Ⅱ）	60	66	

*科学的介護推進体制加算（Ⅰ）：日常生活動作、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出しフィードバックされた情報を有効活用した場合

*個別機能訓練加算：機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士など1名以上配置し計画的に機能訓練を行っている場合

*精神科医指導加算：認知症である入所者が入所者の一定割合を超える場合において、精神科医師による指導が月に2回以上ある場合

*看護体制加算（Ⅰ）：常勤の看護師を1名以上配置している場合

*看護体制加算（Ⅱ）：看護師の数が常勤換算方法で4名以上配置している場合

*夜勤職員配置加算：夜勤対応介護職員を常勤換算で4名以上配置している場合

*日常生活継続支援加算：入所者の介護度の割合、および職員の要資格者（介護福祉士）の割合等が所定の割合を満たす場合

2.介護保険基準外サービス

ご利用サービス	利用料金	単位	備 考		
1. 行事食の提供	600円	1回	「お祝い膳」・「郷土料理の旅」など	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
2. 特殊な食事の提供（献立外）	100円	1品	ご利用者様の嗜好による代替メニューの提供	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
3. 喫茶	400円	1回/月	お好きな飲み物、お菓子の選択	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
4. 嗜好品の預かり・提供	50円	1日	保管と賞味期限管理	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
5. 私物預かり管理	100円	1か所/日	一定量以上の衣類の預かり管理	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
6. 理容サービス	2,400円	1回/月	<input type="checkbox"/> 希望します（ <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 偶数月 <input type="checkbox"/> 奇数月 <input type="checkbox"/> 本人希望時）		<input type="checkbox"/> 希望しません
7. 理容サービス	2,970円	1回/月	ベッド上の場合	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
8. テレビレンタルサービス	250円	1台/日	別途、電気代もかかります	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
9. 電気代	200円	1日		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
10.電話使用料	実費			<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
11.音楽療法クラブ	150円	1回/月		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
12.書道	150円	1回		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
13.フラワーアレンジメント	実費	1回/月	花代・装飾パーツ代	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません

*介護保険基準サービスの自己負担額とあわせて請求させていただきます。

3.日用品等諸費用 日常生活に必要な物品等について費用をご負担していただきます。

項目	利用料金	単位	備 考		
1 箱ティッシュ	実費	1箱		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
2 歯ブラシ	実費	1本/月	歯科衛生士が選定いたします。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
3 舌用ブラシ	実費	1本/月	歯科衛生士が選定いたします。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
4 インフルエンザワクチン	実費	1回/年	ワクチン代の実費をご負担いただきます。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
5 肺炎球菌ワクチン	実費	1回/年	ワクチン代の実費をご負担いただきます。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません

*利用者本人の希望や必要に応じた日用品の購入実費をご負担いただきます。

*上記に記載の無い品目については個別にご相談させていただきます。