

# 施設利用料金表

令和7年4月1日

社会福祉法人りんさく福祉会  
介護老人福祉施設 望洋荘

介護老人福祉施設 望洋荘 の施設利用料金は下記料金表によって算定いたします。

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金と、各種加算から介護保険給付費額を除いた金額と、居住費ならびに食費における負担額、およびご利用いただいた各種サービスの合計額をお支払ください。

(1)料金表 当施設は多床室です。＊月額は30日換算(目安)

## 【基本算定項目】

| ご契約者の要介護度                                                                               |    | 要介護1      | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 介護サービス費(1日あたり)                                                                          |    | 589 単位    | 659 単位    | 732 単位    | 802 単位    | 871 単位    |
| ①日常生活継続支援加算                                                                             |    | 36 単位/日   |           |           |           |           |
| 新規利用者のうち、要介護4、5の割合が70%以上。もしくは、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上。介護福祉士を利用者の数6:1以上配置している。            |    |           |           |           |           |           |
| ②個別機能訓練加算Ⅰ                                                                              |    | 12 単位/日   |           |           |           |           |
| 機能訓練指導員を1名以上配置し、個別機能訓練計画を基に、個別機能訓練が行われている。                                              |    |           |           |           |           |           |
| ③個別機能訓練加算Ⅱ                                                                              |    | 20 単位/月＊  |           |           |           |           |
| 個別機能訓練加算Ⅰに加え、計画的に厚生労働省へデータを提出及びフィードバックを受けながら、個々人に応じたPDCAサイクルの運用により、サービスの質の管理が行われている。    |    |           |           |           |           |           |
| ④準ユニットケア加算                                                                              |    | 5 単位/日    |           |           |           |           |
| 厚生労働大臣が定める基準に適合し、ユニットケアに準ずるケアを行っている。                                                    |    |           |           |           |           |           |
| ⑤看護体制加算Ⅰ                                                                                |    | 4 単位/日    |           |           |           |           |
| 常勤換算で看護師を1名以上配置している。                                                                    |    |           |           |           |           |           |
| ⑥看護体制加算Ⅱ                                                                                |    | 8 単位/日    |           |           |           |           |
| 常勤換算で看護職員を基準より1名以上多く配置をしている。看護職員により、24時間の連絡体制を確保している。                                   |    |           |           |           |           |           |
| ⑦夜勤職員配置加算Ⅰ                                                                              |    | 13 単位/日   |           |           |           |           |
| 常勤換算で夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、基準より1名以上多く配置している。                                                |    |           |           |           |           |           |
| ⑧協力医療機関連携加算                                                                             |    | 50 単位/月＊  |           |           |           |           |
| 協力医療機関との間で、入所者の同意を得て病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合。※令和7年3月31日までの間は100単位/月。令和7年4月1日からは50単位/月。 |    |           |           |           |           |           |
| ⑨生活機能向上連携加算Ⅱ                                                                            |    | 100 単位/月＊ |           |           |           |           |
| 外部のリハビリテーション専門職等と協働し、施設内にて、(1)利用者の身体状況等の評価、(2)個別機能訓練計画の作成や個別機能訓練等を実施している。               |    |           |           |           |           |           |
| 介護保険対象計                                                                                 | 月計 | 20,180 単位 | 22,280 単位 | 24,470 単位 | 26,570 単位 | 28,640 単位 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ                                                                             |    | 2,825 単位  | 3,119 単位  | 3,426 単位  | 3,720 単位  | 4,010 単位  |
| 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している。<br>算定方法：介護保険対象計×0.14(円未満四捨五入)で算出。                |    |           |           |           |           |           |
| 介護保険対象の月合計                                                                              |    | 23,005 単位 | 25,399 単位 | 27,896 単位 | 30,290 単位 | 32,650 単位 |

【負担割合：1割】

| ご契約者の要介護度                     |       |    | 要介護1      | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|-------------------------------|-------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 介護保険サービス利用に係る自己負担額            | 月計    |    | 23,005 円  | 25,399 円  | 27,896 円  | 30,290 円  | 32,650 円  |
| 【多床室】<br>居 住 費<br>(介護保険基準外)   |       |    | 1段階       | 月計        | 0 円       | 日額        | 0 円       |
|                               |       |    | 2段階       | 月計        | 12,900 円  | 日額        | 430 円     |
|                               |       |    | 3段階①      | 月計        | 12,900 円  | 日額        | 430 円     |
|                               |       |    | 3段階②      | 月計        | 12,900 円  | 日額        | 430 円     |
|                               |       |    | 4段階       | 月計        | 27,450 円  | 日額        | 915 円     |
| 【従来型個室】<br>居 住 費<br>(介護保険基準外) |       |    | 1段階       | 月計        | 11,400 円  | 日額        | 380 円     |
|                               |       |    | 2段階       | 月計        | 14,400 円  | 日額        | 480 円     |
|                               |       |    | 3段階①      | 月計        | 26,400 円  | 日額        | 880 円     |
|                               |       |    | 3段階②      | 月計        | 26,400 円  | 日額        | 880 円     |
|                               |       |    | 4段階       | 月計        | 36,930 円  | 日額        | 1,231 円   |
| 食 費<br>(介護保険基準外)              |       |    | 1段階       | 月計        | 9,000 円   | 日額        | 300 円     |
|                               |       |    | 2段階       | 月計        | 11,700 円  | 日額        | 390 円     |
|                               |       |    | 3段階①      | 月計        | 19,500 円  | 日額        | 650 円     |
|                               |       |    | 3段階②      | 月計        | 40,800 円  | 日額        | 1,360 円   |
|                               |       |    | 4段階       | 月計        | 43,350 円  | 日額        | 1,445 円   |
| 自己負担額合計                       | 第1段階  | 月計 | 32,005 円  | 34,399 円  | 36,896 円  | 39,290 円  | 41,650 円  |
|                               |       |    | 43,405 円  | 45,799 円  | 48,296 円  | 50,690 円  | 53,050 円  |
|                               | 第2段階  | 月計 | 47,605 円  | 49,999 円  | 52,496 円  | 54,890 円  | 57,250 円  |
|                               |       |    | 49,105 円  | 51,499 円  | 53,996 円  | 56,390 円  | 58,750 円  |
|                               | 第3段階① | 月計 | 55,405 円  | 57,799 円  | 60,296 円  | 62,690 円  | 65,050 円  |
|                               |       |    | 68,905 円  | 71,299 円  | 73,796 円  | 76,190 円  | 78,550 円  |
| 下段<br>従来型<br>個室               | 第3段階② | 月計 | 76,705 円  | 79,099 円  | 81,596 円  | 83,990 円  | 86,350 円  |
|                               |       |    | 90,205 円  | 92,599 円  | 95,096 円  | 97,490 円  | 99,850 円  |
|                               | 第4段階  | 月計 | 93,805 円  | 96,199 円  | 98,696 円  | 101,090 円 | 103,450 円 |
|                               |       |    | 103,285 円 | 105,679 円 | 108,176 円 | 110,570 円 | 112,930 円 |

【負担割合：2割】

| ご契約者の要介護度              |    |  | 要介護1      | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|------------------------|----|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 介護保険サービス利用に係る自己負担額     | 月計 |  | 46,010 円  | 50,798 円  | 55,792 円  | 60,580 円  | 65,300 円  |
| 居住費:多床室<br>(介護保険基準外)   | 月計 |  | 27,450 円  |           |           |           |           |
|                        | 日額 |  | 915 円     |           |           |           |           |
| 居住費:従来型個室<br>(介護保険基準外) | 月計 |  | 36,930 円  |           |           |           |           |
|                        | 日額 |  | 1,231 円   |           |           |           |           |
| 食 費<br>(介護保険基準外)       | 月計 |  | 43,350 円  |           |           |           |           |
|                        | 日額 |  | 1,445 円   |           |           |           |           |
| 自己負担額合計                | 月計 |  | 116,810 円 | 121,598 円 | 126,592 円 | 131,380 円 | 136,100 円 |
|                        |    |  | 126,290 円 | 131,078 円 | 136,072 円 | 140,860 円 | 145,580 円 |

\* 上段＝多床室、下段＝従来型個室。

# 【負担割合：3割】

| ご契約者の要介護度              |    | 要介護1      | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|------------------------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 介護保険サービス利用に係る自己負担額     | 月計 | 69,015 円  | 76,197 円  | 83,688 円  | 90,870 円  | 97,950 円  |
| 居住費：多床室<br>(介護保険基準外)   | 月計 | 27,450 円  |           |           |           |           |
|                        | 日計 | 915 円     |           |           |           |           |
| 居住費：従来型個室<br>(介護保険基準外) | 月計 | 36,930 円  |           |           |           |           |
|                        | 日計 | 1,231 円   |           |           |           |           |
| 食費<br>(介護保険基準外)        | 月計 | 43,350 円  |           |           |           |           |
|                        | 日額 | 1,445 円   |           |           |           |           |
| 自己負担額合計                | 月計 | 139,815 円 | 146,997 円 | 154,488 円 | 161,670 円 | 168,750 円 |
|                        |    | 149,295 円 | 156,477 円 | 163,968 円 | 171,150 円 | 178,230 円 |

\* 上段＝多床室、下段＝従来型個室。

## 【上記料金表に関するご注意】

- ◎但し、施設サービス利用期間中に自立(非該当)・要支援1もしくは要支援2の認定を受けた場合には、要介護1で算定したサービス利用料金および各種加算と食費・居住費を全額実費にて請求させていただきます。また同様に、要介護1または要介護2の認定を受け、特例入所の要件に該当しない場合にも要介護1で算定したサービス利用料金および各種加算と食費・居住費を全額実費にて請求させていただきます。
- ◎負担割合については【介護保険負担割合証】に記載されている利用者負担割合にしたがって請求させていただきます。
- ◎①～⑨の加算については、入所者様の状態や職員の配置状況等により、算定しない月が生じる事があります。また、①日常生活継続支援加算については、(3)その他の加算等に記載されている、サービス提供体制加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかに変更して算定する場合があります。
- ◎利用者様の状況により、下記の(3)その他の加算等に記載されている加算を算定する場合があります。

※1. 居住費・食費については【介護保険負担限度額認定証】に記載されている負担限度額にしたがって請求させていただきます。

(居住費・食費については低所得の方への助成がございます。世帯全員が市町村民世帯非課税者や生活保護を受けておられる方が対象となります。)

※2. 入院・外泊時の居住費の取扱いについて。入院・外泊した日から7日間は介護保険が適用され、介護保険負担限度額認定証の負担軽減が受けられますが、8日目以降より基準費用額の日額(多床室)915円/(従来型個室)1,231円をご負担いただきます。

※3. 施設の食費は日額でご負担いただいております。

1日に3食とも食事が提供されなかった場合にはその日の食費はいただきませんが、1食でも食事を提供した場合は、上記料金表の食費日額をご負担いただきます。

(3)その他の加算等について(入所者様の状況等により加算する場合があります)

| 初 期 加 算                                               | 1割    | 2割    | 3割    |
|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| 30単位/日                                                | 30 円  | 60 円  | 90 円  |
| 入所後30日間に限り上記料金に加算されます。また、30日を超える入院後に再入所する場合も同様に算定します。 |       |       |       |
| 安 全 対 策 体 制 加 算                                       | 1割    | 2割    | 3割    |
| 20単位/入所時に1回限り                                         | 20 円  | 40 円  | 60 円  |
| 担当者が安全対策に係る研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に算定します。      |       |       |       |
| 配 置 医 師 緊 急 時 対 応 加 算                                 | 1割    | 2割    | 3割    |
| 配置医師の通常の勤務時間外の場合<br>(325単位/回)<br>早朝・夜間および深夜を除く        | 325 円 | 650 円 | 975 円 |

|                                                                                                                                   |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| 早朝・夜間の場合 (650単位/回)                                                                                                                | 650 円   | 1,300 円 | 1,950 円 |
| 深夜の場合 (1,300単位/回)                                                                                                                 | 1,300 円 | 2,600 円 | 3,900 円 |
| 配置医師が、施設の求めに応じて、通常の勤務時間外、早朝(6時～8時)・夜間(18時～22時)または深夜(22時～6時)に施設を訪問し、診療や診断書の作成等を行った場合に算定します。                                        |         |         |         |
| <b>看 取 介 護 加 算 Ⅱ</b>                                                                                                              | 1割      | 2割      | 3割      |
| 死亡日以前 31～45日 (72単位/日)                                                                                                             | 72 円    | 144 円   | 216 円   |
| 死亡日以前 4～30日 (144単位/日)                                                                                                             | 144 円   | 288 円   | 432 円   |
| 死亡日の前日・前々日 (780単位/日)                                                                                                              | 780 円   | 1,560 円 | 2,340 円 |
| 死亡日 (1,580単位/日)                                                                                                                   | 1,580 円 | 3,160 円 | 4,740 円 |
| いずれも、医師が終末期にあると判断した方について、医師・看護師・介護職員等が共同して本人又は、家族等の同意を得ながら看取りを行った場合に、死亡日前45日を限度として死亡月に加算します。<br>(退所した場合は、退所日の翌日から算定しません)          |         |         |         |
| <b>外 泊 及 び 入 院 時 費 用</b>                                                                                                          | 1割      | 2割      | 3割      |
| 246単位/日                                                                                                                           | 246 円   | 492 円   | 738 円   |
| 外泊及び入院時において、1ヶ月に6日間を上限として算定され、ご負担いただきます。                                                                                          |         |         |         |
| <b>療 養 食 加 算</b>                                                                                                                  | 1割      | 2割      | 3割      |
| 6単位/回                                                                                                                             | 6 円     | 12 円    | 18 円    |
| 医師の指示に基づく療養食を提供した場合に、1日3食を限度とし、1食を1回として算定します。                                                                                     |         |         |         |
| <b>サ ー ビ ス 提 供 体 制 加 算</b>                                                                                                        | 1割      | 2割      | 3割      |
| 加算(Ⅰ) 22単位/日                                                                                                                      | 22 円    | 44 円    | 66 円    |
| 加算(Ⅱ) 18単位/日                                                                                                                      | 18 円    | 36 円    | 54 円    |
| 加算(Ⅲ) 6単位/日                                                                                                                       | 6 円     | 12 円    | 18 円    |
| ＊加算(Ⅰ)の要件<br>①介護職員の総数のうち、介護福祉士が80%以上、または勤続年数10年以上の介護福祉士が35%以上<br>②介護サービスの質の向上に資する取組を実施していること<br>③定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと          |         |         |         |
| ＊加算(Ⅱ)の要件<br>①介護職員の総数のうち、介護福祉士が60%以上<br>②定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと                                                                  |         |         |         |
| ＊加算(Ⅲ)の要件<br>①介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上、または看護・介護職員の総数のうち常勤が75%以上<br>または利用者に直接提供する職員数のうち、勤務年数7年以上の者が30%以上<br>②定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと |         |         |         |
| <b>褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅰ)</b>                                                                                                    | 1割      | 2割      | 3割      |
| 3単位/月                                                                                                                             | 3 円     | 6 円     | 9 円     |
| 施設入所時等に褥瘡の有無を確認し、リスク評価を行うこと、3ヶ月に1回以上の評価と結果の提出、褥瘡ケア計画の作成と実施した場合などに算定。                                                              |         |         |         |
| <b>経 口 移 行 加 算</b>                                                                                                                | 1割      | 2割      | 3割      |
| 28単位/日                                                                                                                            | 28 円    | 56 円    | 84 円    |
| 医師の指示に基づき、経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行う場合、180日を限度として算定します。但し、医師の指示によっては、延長する場合があります。(経管栄養の方が対象)                                         |         |         |         |
| <b>経 口 維 持 加 算 Ⅰ</b>                                                                                                              | 1割      | 2割      | 3割      |
| 400単位/日                                                                                                                           | 400 円   | 800 円   | 1,200 円 |
| 医師の指示に基づき、経口による食事摂取機能障害があり、誤嚥が認められた者に対して、継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画書を作成して栄養管理を行う場合、6か月間を限度として算定します。                                    |         |         |         |
| <b>経 口 維 持 加 算 Ⅱ</b>                                                                                                              | 1割      | 2割      | 3割      |
| 100単位/日                                                                                                                           | 100 円   | 200 円   | 300 円   |

|                                                                    |       |       |         |
|--------------------------------------------------------------------|-------|-------|---------|
| 経口維持加算Ⅰを算定している場合で、経口による継続的な食事摂取の支援のための会議等に医師や歯科医師等が参加している場合に算定します。 |       |       |         |
| <b>退所前訪問相談援助加算</b>                                                 | 1割    | 2割    | 3割      |
| 460単位/回                                                            | 460 円 | 920 円 | 1,380 円 |
| 退所前に生活する居宅を訪問して相談援助を行った場合に算定します。                                   |       |       |         |
| <b>退所後訪問相談援助加算</b>                                                 | 1割    | 2割    | 3割      |
| 460単位/回                                                            | 460 円 | 920 円 | 1,380 円 |
| 退所後に生活する居宅を訪問して相談援助を行った場合に算定します。                                   |       |       |         |
| <b>退所時訪問相談援助加算</b>                                                 | 1割    | 2割    | 3割      |
| 400単位/回                                                            | 400 円 | 800 円 | 1,200 円 |
| 退所時に相談援助を行い、他事業所等に必要な情報を提供した場合に算定します。                              |       |       |         |

(3)その他のサービス（介護保険基準外のサービス）

|                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>理 美 容 サ ー ビ ス</b>                                                                      | <b>実 費</b> |
| 当施設では、委託により理美容サービスを実施しております。                                                              |            |
| <b>医 療 費</b>                                                                              | <b>実 費</b> |
| 医療を要する方には、嘱託医もしくは施設紹介医(眼科・皮膚科・内科・耳鼻科・歯科等)にて受診することができます。医療費は、各医療保険法による自己負担が別途必要となります。      |            |
| <b>日 用 品 費</b>                                                                            | <b>実 費</b> |
| ティッシュ、歯磨き、衣類、介護靴など利用者が日常ご使用になるものを購入した時にご負担いただきます。                                         |            |
| <b>希 望 食</b>                                                                              | <b>実 費</b> |
| 施設で提供している食事以外に、利用者が希望する食事を提供した時にご負担いただきます。                                                |            |
| <b>行 事 参 加 費</b>                                                                          | <b>実 費</b> |
| 施設内もしくは施設外で行われた個々の行事に参加した時に掛かる費用の実費をご負担いただきます。                                            |            |
| <b>複 写 物 の 交 付</b>                                                                        | 10円/枚      |
| 利用者やご家族が施設に書類等の複写(コピー)を依頼した時にご負担いただきます。                                                   |            |
| <b>行 政 手 続 き の 代 行</b>                                                                    | <b>実 費</b> |
| 行政手続きの代行を施設にて受け付けます。但し、手続きに掛かる費用の実費はご負担いただきます。また、その際、代行料金をいただく場合がございます。                   |            |
| <b>日 常 費 用 の 支 払 代 行</b>                                                                  | 500円/月     |
| 日常生活において必要となる物品等の手配および、利用者がご負担すべき費用の支払を代行することができます。サービスご利用に際しては、別途「日常費用の支払い代行契約」の締結が必要です。 |            |
| <b>電 化 製 品 の 使 用</b>                                                                      | (下記料金)     |
| テレビ(概ね19型を上限とする)                                                                          | 560円/月     |
| 冷蔵庫(76リットルを上限とする)                                                                         | 910円/月     |
| 電気毛布(電気アンカ、電気敷き毛布等)                                                                       | 840円/月     |
| 利用者が居室で使用する電化製品については、電気料相当として上記の料金をご負担いただきます。居室へ電化製品を持ち込む際には、別途「電化製品持込書」にご記入ください。         |            |
| 上記以外の電化製品についての持込みについては、ご相談下さい。                                                            |            |

※協力医療機関連携加算100単位/月→50単位/月

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際して、本書に基づき施設利用料金の説明を行いました。

令和      年      月      日

事業者      <事業者名> 介護老人福祉施設 望 洋 荘

<所在地> 福島県いわき市平豊間字合磯39番地

<代表者名>      施設長      須田 美保子      ⑩

<説明者>      ⑩

本書に基づき施設利用料金の説明を受け同意しました。

令和      年      月      日

利用者(入所者)      <氏 名> \_\_\_\_\_ ⑩

身元引受人      <氏 名> \_\_\_\_\_ ⑩

<続柄> \_\_\_\_\_

連帯保証人      <氏 名> \_\_\_\_\_ ⑩

<続柄> \_\_\_\_\_

以下余白