★特別養護老人ホーム　ラポール藤沢　料金表

2026年8月1日

１．利用料金（介護保険の料金：自己負担額は1割、2割、3割の料金となります）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
ユニット型個室（単位数）/日	670	740	815	886	955
夜勤職員配置加算（Ⅱ）/日	18	18	18	18	18
看護体制加算（Ⅰ）/日	4	4	4	4	4
看護体制加算（Ⅱ）/日	8	8	8	8	8
日常生活継続支援加算（Ⅱ）/日	46	46	46	46	46
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)/月	3	3	3	3	3
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)/月	13	13	13	13	13
口腔衛生管理加算（Ⅰ）/月	90	90	90	90	90
経口維持加算（Ⅰ）/月	400	400	400	400	400
経口維持加算（Ⅱ）/月	100	100	100	100	100
ADL維持等加算（Ⅰ）/月	30	30	30	30	30
ADL維持等加算（Ⅱ）/月	60	60	60	60	60
排せつ支援加算（Ⅰ）/月	10	10	10	10	10
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）/月	40	40	40	40	40
生産性向上推進体制加算　（Ⅰ）/月	10	10	10	10	10
月額単位	23063	25163	27413	29543	31613
介護職員等処遇改善加算Ⅰ/月	4,059	4,429	4,825	5,200	5,564
単位合計	27,122	29,592	32,238	34,743	37,177
地域加算	10.54	10.54	10.54	10.54	10.54
月　　額（円）（30日で計算）	285,865円	311,899円	339,788円	366,191円	391,845円
利用者１割負担額（月額・円）	28,587円	31,190円	33,979円	36,620円	39,185円
利用者２割負担額（月額・円）	57,173円	62,380円	67,958円	73,239円	78,369円
利用者３割負担額（月額・円）	85,760円	93,570円	101,937円	109,858円	117,554円

※月額、利用者負担額は、端数処理の関係で1円単位の誤差がでることがあります。
※1か月を30日で計算しており、月により利用料金が変わります。又、月ごとに加算が変更される場合があります。
※加算については、入居者の状況等により、初期加算、看取り加算、安全対策体制加算等が加わることがあります。

２．居住費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
日　　額	880円	880円	1,370円	1,470円	2,210円
月　　額（30日で計算）	26,400円	26,400円	41,100円	44,100円	66,300円

３．食費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
日　　額	300円	390円	680円	1,420円	1,900円
月　　額（30日で計算）	9,000円	11,700円	20,400円	42,600円	57,000円

４．1ヶ月のご利用料総額（段階別月額合計　30日で計算）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
第1段階	63,987円	66,590円	69,379円	72,020円	74,585円
第2段階	66,687円	69,290円	72,079円	74,720円	77,285円
第3段階①	90,087円	92,690円	95,479円	98,120円	100,685円
第3段階②	115,287円	117,890円	120,679円	123,320円	125,885円
第4段階（１割負担）	151,887円	154,490円	157,279円	159,920円	162,485円
第4段階（２割負担）	180,473円	185,680円	191,258円	196,539円	201,669円
第4段階（３割負担）	209,060円	216,870円	225,237円	233,158円	240,854円

※おやつ、理美容、医療費等は実費負担となります。

５．利用者負担額算出方法

総単位数　×　地域単価　＝　総費用額【小数点以下切捨て】

総費用額　－（総費用額　×　負担割合【小数点以下切捨て】）　＝　利用者負担額

※総単位数は１か月のサービス合計単位数（介護福祉施設サービス費+各種加算）に介護職員等処遇改善加算(17,6/1,00)を乗じて算出します。

※藤沢市の地域単価は10.54円となります。

※負担割合は1割の場合は0.9、2割の場合は0.8、3割の場合は0.7となります。

※法定代理受領を行わない場合(要介護認定を受けていない等)は、総費用額を一旦お支払いいただきます。(償還払いのお手続きが必要となります)

【説明確認欄】

年　　月　　日

本料金表に基づいて、利用料について説明をいたしました。

社会福祉法人いきいき福祉会

特別養護老人ホームラポール藤沢

施設長　氏名　　近澤　美由紀　印

説明者　氏名　　印

上記の利用料について説明を受け、その内容に同意いたしました。

契約者　　印

代理人　　印