特別養護老人ホーム ラポール三ツ沢 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
精神科医師定期的療養指導加算/日	5	5	5	5	5
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）/月	100	100	100	100	100
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）/月	10	10	10	10	10
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
月額単位	23,213	25,313	27,563	29,693	31,763
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ・ロ）/月	4,085	4,455	4,851	5,226	5,590
単位合計	27,298	29,768	32,414	34,919	37,353
地域加算	10.72	10.72	10.72	10.72	10.72
月　額（円）（30日で計算）	292,634円	319,112円	347,478円	374,331円	400,424円
利用者1割負担額（月額・円）	29,264円	31,912円	34,748円	37,434円	40,043円
利用者2割負担額（月額・円）	58,527円	63,823円	69,496円	74,867円	80,085円
利用者3割負担額（月額・円）	87,791円	95,734円	104,244円	112,300円	120,128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。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	2,890円
月　額（30日で計算）	26,400円	26,400円	41,100円	44,100円	86,700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	1,860円
月　額（30日で計算）	9,000円	11,700円	20,400円	42,600円	55,800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	64,664円	67,312円	70,148円	72,834円	75,443円
第2段階	67,364円	70,012円	72,848円	75,534円	78,143円
第3段階①	90,764円	93,412円	96,248円	98,934円	101,543円
第3段階②	115,964円	118,612円	121,448円	124,134円	126,743円
第4段階（1割負担）	171,764円	174,412円	177,248円	179,934円	182,543円
第4段階（2割負担）	201,027円	206,323円	211,996円	217,367円	222,585円
第4段階（3割負担）	230,291円	238,234円	246,744円	254,800円	262,628円

※おやつ（1日80円）、理美容（1回1,500円）、医療費等は実費負担となります。
個人差はありますが、上記「ご利用料総額」に目安として10,000円前後が上乗せされます。

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(17.6/100)を乗じて算出します。

※横浜市の地域単価は10.72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三ツ沢
施設長　　氏名　　鈴木　正貴　　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