

ルビーホーム料金表（介護老人福祉施設）

令和元年10月1日～

1 か月の利用料の目安

1. 基本料金 + 2. 加算料金① + 3. 加算料金②(※該当する項目) + 4. その他費用
 ※負担額の割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。

1. 基本料金

項目	単位	介護報酬告示額 ×地域加算 (1単位=10.45円)	入所者 負担額 (1割)	入所者 負担額 (2割)	入所者 負担額 (3割)	備考
要介護1	559	5,841円	585円	1,169円	1,753円	1日につき
要介護2	627	6,552円	656円	1,311円	1,966円	
要介護3	697	7,283円	729円	1,457円	2,185円	
要介護4	765	7,994円	800円	1,599円	2,399円	
要介護5	832	8,694円	870円	1,739円	2,609円	

※入所者負担額は端数処理により、実際の金額に差異が生じる場合があります。

2. 加算料金①（入所者全員に加算）

項目	単位	介護報酬告示額 ×地域加算 (1単位=10.45円)	入所者 負担額 (1割)	入所者 負担額 (2割)	入所者 負担額 (3割)	備考
栄養マネジメント加算	14	146円	15円	30円	44円	1日につき
口腔衛生管理体制加算	30	313円	32円	63円	94円	1日につき
日常生活継続支援加算 (I)	36	376円	38円	76円	113円	1日につき
看護体制加算 (I) 口	4	41円	5円	9円	13円	1日につき
看護体制加算 (II) 口	8	83円	9円	17円	25円	1日につき
夜勤職員配置加算 (I 口)	13	135円	14円	27円	41円	1日につき
精神科医定期療養指導加算	5	52円	6円	11円	16円	1日につき
介護職員処遇改善加算 (I)	(介護報酬総単位数×8.3%×10.45円)の利用者負担割合相当額 ※以下の3.個別に加算されるものについても総単位数に含まれます。					
介護職員等特定処遇改善 加算 (I)	(介護報酬総単位数×2.7%×10.45円)の利用者負担割合相当額 ※以下の3.個別に加算されるものについても総単位数に含まれます。					

※入所者負担額は端数処理により、実際の金額に差異が生じる場合があります。

3. 加算料金②（入所者の状況により個別に加算）

項目	単位	介護報酬告示額 ×地域加算 (1単位=10.45円)	入所者 負担額 (1割)	入所者 負担額 (2割)	入所者 負担額 (3割)	備考
初期加算	30	313円	32円	63円	94円	1日につき 入所後30日間
外泊時費用	246	2,570円	257円	514円	771円	1日につき（原則1ヶ月 につき6日まで）
療養食加算	6	62円	7円	13円	19円	1回につき (1日3回まで)
若年性認知症入所者受 入加算	120	1,254円	126円	251円	377円	1日につき
配置医師緊急時対応 加算	650	6,792円	680円	1,359円	2,038円	1回につき（早朝・夜間）
	1,300	13,585円	1,359円	2,717円	4,076円	1回につき（深夜）
看取り介護加算（Ⅰ）	144	1,504円	151円	301円	452円	死亡日以前4日以上30 日以下（1日につき）
	680	7,106円	711円	1,422円	2,132円	死亡日の前日及び前々 日（1日につき）
	1,280	13,376円	1,338円	2,676円	4,013円	死亡日
看取り介護加算（Ⅱ） （施設内で看取った場合）	144	1,504円	151円	301円	452円	死亡日以前4日以上30 日以下（1日につき）
	780	8,151円	816円	1,631円	2,446円	死亡日の前日及び前々 日（1日につき）
	1,580	16,511円	1,652円	3,303円	4,954円	死亡日
退所前 訪問相談援助加算	460	4,807円	481円	962円	1,443円	入所中原則1回限り （状況により2回まで）
退所後 訪問相談援助加算	460	4,807円	481円	962円	1,443円	退所後1回限り
退所時相談援助加算	400	4,180円	418円	836円	1,254円	上記以外で退所前に情 報提供した場合 1回限りの費用
退所前連携加算	500	5,225円	523円	1,045円	1,568円	1回限り

※入所者負担額は端数処理により、実際の金額に差異が生じる場合があります。

4. その他の費用

項目	料金	備考
食費	1,501 円	1日（3食）の費用。 1食のみ提供した場合でも1日分の費用がかかります。
居住費	933 円	1日の光熱水道費と部屋代
健康管理費（予防接種等）	実 費	希望により提供した場合
理美容代（外部委託によるサービス）	実 費	希望により提供した場合
預かり金サービス費	900 円	施設での生活上必要な金銭の出納管理を希望する場合の1ヶ月あたりの費用
特別な行事	実 費	希望により提供した場合
車輜使用料	600 円	往復10km未満
	1,200 円	往復10km以上15km未満
	1,800 円	往復15km以上20km未満
	2,400 円	往復20km以上
	注1 上記料金は1運行の料金となり、片道利用の場合でも上記金額となります。但し、施設の都合で2往復した場合は1運行の料金で請求します。 注2 同乗者があり複数人で使用した場合でも、それぞれに上記金額を請求いたします。 注3 通院・外出時に有料道路や有料駐車場を利用した場合は実費を請求いたします。	
電気製品持ち込み時の費用 (1ヶ月につき)	250 円	電気毛布
	1,800 円	ホットカーペット
	450 円	加湿器（スチーム式）
	50 円	加湿器（スチーム式以外）
	50 円	テレビ
	50 円	モバイル端末（携帯電話・ノートPCなど）1台につき
注1 上記電気製品を持ち込む場合、及び引き取る場合は必ず施設職員に連絡下さい。「 <u>電気製品持ち込み・引き取り票</u> 」の記入をお願いします。 料金は1ヶ月単位といたします。 注2 上記以外の電気製品を持ち込む場合は職員に相談下さい。		
口腔ケア用品	290 円	ワンタフトブラシ（1本につき）
	540 円	口腔ケア用球状ブラシ（1本につき）
	40 円	スポンジブラシ（1本につき）
	870 円	口腔ケア用ウェットティッシュ（1個につき）
注1 歯科医師の指導の下、個人の状態に応じ必要な品目を選択した場合に請求いたします。		
証明文書発行手数料	200 円	1通につき（郵送の場合は送料実費）
死後の身支度に要する費用	実 費	（例）死後に着用した浴衣など

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、食費および居住費について、1日あたりの負担限度額が適用されます。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

本書面により利用負担金を説明し、同意のもと交付しました。

事業所 事業所名 ルビーホーム

説明者氏名 施設長 関田 智彦 印

本書面により利用負担金の説明を受け、同意のもと交付されました。

入所者 氏 名 印

代理人又は立会人 氏 名 (続柄) 印