

利用料金(目安)一覧表

令和4年10月1日 改定

特別養護老人ホーム ありすの杜きのこ南麻布

【介護老人福祉施設】

◇サービス利用表(介護保険利用)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1ヶ月の利用料 (30日概算) (円)	(1割負担)	21,321	23,544	25,932	28,188	30,379
	(2割負担)	42,641	47,088	51,863	56,375	60,757
	(3割負担)	63,962	70,632	77,794	84,563	91,135
1日あたりの 利用料 (円)	(1割負担)	711	785	865	940	1,013
	(2割負担)	1,422	1,570	1,729	1,879	2,026
	(3割負担)	2,132	2,355	2,593	2,819	3,038
1日あたりのサービス単位		652	720	793	862	929
その他の加算	初期加算:30単位(33円・66円・99円)/日 安全管理体制加算:20単位(22円・44円・66円)/入居時1回のみ 外泊時費用:246単位/日(1月に6日を限度) 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ:18単位(19円・39円・58円)/日 看取り介護加算(Ⅰ):1280単位(1,396円・2,791円・4,186円)または680単位(742円・1,483円・2,224円) または144単位(157円・314円・471円)または72単位(79円・157円・236円)/日 介護職員処遇改善加算Ⅰ:ひと月の総単位数の8.3%相当の単位 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ):ひと月の総単位数の2.3%相当の単位 介護職員等ベースアップ等支援加算:ひと月の総単位数の1.6%相当の単位					

◇食費・居住費

(円)

負担段階	居住費	食費	1日あたりの合計	1か月概算
第4段階(一般)	2,006	1,600	3,606	108,180
第3段階②	1,310	1,360	2,670	80,100
第3段階①	1,310	650	1,960	58,800
第2段階	820	390	1,210	36,300
第1段階	820	300	1,120	33,600

◇その他保険外費用(利用状況に応じて実費負担)

理美容代、医療費、薬剤費 など

1ヶ月あたりの利用料金(目安)

(円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第4段階(3割負担)	172,142	178,812	185,974	192,743	199,315
第4段階(2割負担)	150,821	155,268	160,043	164,555	168,937
第4段階(1割負担)	129,501	131,724	134,112	136,368	138,559
第3段階②	101,421	103,644	106,032	108,288	110,479
第3段階①	80,121	82,344	84,732	86,988	89,179
第2段階	57,621	59,844	62,232	64,488	66,679
第1段階	54,921	57,144	59,532	61,788	63,979

※1ヶ月を30日とする概算です(その他の加算は入っておりません)

<p>その他、要件を満たせば 加算されるもの</p>	<p>看護体制加算Ⅰ(口):4単位/日 若年性認知症入所者受入加算:120単位/日 褥瘡マネジメント加算Ⅰ:3単位またはⅡ:13単位/月 栄養マネジメント強化加算:11単位/日 排せつ支援加算Ⅰ:10単位またはⅡ:15単位またはⅢ:20単位/月 サービス提供体制強化加算Ⅰ:22単位またはⅡ:18単位またはⅢ:6単位/日 など</p>
--------------------------------	--

表記の金額は概算ですので、利用状況等により実際のご請求額と差異が出ることがあります。

港区内の特別養護老人ホーム申込について

港区内の特別養護老人ホーム入所については、要介護度及び介護者の状況等を勘案した区が作成した入所基準に基づき、入所の必要性が高い申込者から優先的に入所していただきます。

1 入所申込みできる方

申込時に要介護度3から5と認定された方で、常時介護が必要な方です。

※ただし、要介護1または2の方については、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合に限り、特例的に入所対象者とします。

2 特例的に入所対象者となる要件について

- ① 認知症により、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる方
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる方
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な方
- ④ 単身世帯、または同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分なため、居宅における日常生活を営むことが困難な方

3 入所申込書の配布場所及び申込先

- ・港区内の高齢者相談センター（地域包括支援センター）・特別養護老人ホーム
- ・高齢者支援課（港区役所2階）

※本人又は家族（代理人）が介護保険被保険者証と印鑑を持参し、入所申込書を提出してください。

※入所申込書の提出は原則来庁（来所）です。やむを得ず郵送する場合は事前にご相談ください。

ご相談なく郵送され、書類に不備が見つかった場合は有効な申込書とみなさない場合があります。

4 申込期限及び名簿有効期間 ※やむを得ず郵送する場合は締切日必着です。

締切日	名簿有効期間
1月31日	4月1日～9月30日
7月31日	10月1日～3月31日

5 入所順位名簿の作成

港区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査表を提出された方に、書類審査したのち実態調査を行い、港区特別養護老人ホーム入所基準に従い点数化します。入所検討委員会において入所順位を決定し、名簿を作成します。なお、入所順位については、港区民を優先いたします。

※入所順位名簿作成にかかる調査では、原則、高齢者相談センター（地域包括支援センター）職員が調査を行います。調査にご協力いただけない場合は、入所を辞退したとみなす場合がありますのでご注意ください。

6 判定ポイントが同点の場合の順位の決定方法

①要介護度 ②年齢 ③港区の居住期間 の順に入所順位を決定します。

7 特別養護老人ホーム入所が難しい場合

入所順位名簿に登録された場合でも、医療が必要な方（経管栄養、胃ろう、IVH等）、著しい行動障害がある方（他の方への暴力行為等）は入所が難しい場合があります。

8 申込内容の変更について

申込内容の変更については実態調査（電話調査含む）を行った日までとなります。以降の変更はできませんのでご注意ください。

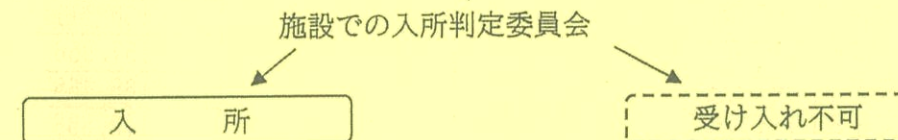
9 結果の通知

入所判定の結果は、締切日1月31日分は3月下旬、締切日7月31日分は9月下旬に、郵送で申込者全員にお知らせします。

申込にあたり、ご家族間で十分ご相談のうえ、円滑な手続きができるように事前の準備をお願いします。（契約に際し本人以外の身元引受人（代理人）が必要となります。）

結果通知後のながれについて

- ・施設から入所順位名簿に従って、名簿登載者へ声掛け
- ・入所事前調査（医療行為・著しい行動障害など）



・複数の施設を選択された方は最初に連絡のあった施設への入所となります。（自己都合により辞退された場合は辞退届を提出していただき名簿登載から削除となります。）

・ご案内の順番は、性別や希望施設の選択によって、前後することもあります。

10 辞退について

ご家族間での相談の結果、また状態の変化などにより特別養護老人ホームへの入所の申込を見合わせる場合は、高齢者支援課までご連絡ください。

11 その他

- ・港区特別養護老人ホーム入所基準（新）の項目に該当しない場合は、加点対象になりません。
- ・市街地再開発事業に伴い港区外に住居登録をしていた場合は、居住期間への合算がありますのでお申し出ください。

12 問い合わせ

港区 保健福祉支援部 高齢者支援課 高齢者施設係

電話 3578-2111 内線2420～2424、2412

港区特別養護老人ホーム入所基準(新)

●港区内特別養護老人ホーム施設名称及び定員

(令和4年10月現在)

施設名	定員	多床室	ユニット型個室
白金の森(白金台5-20-5)	90名	○	—
港南の郷(港南3-3-23)	90名	○※1	—
サン・サン赤坂(赤坂6-6-14)	80名	○※1	—
麻布慶福苑(南麻布5-1-20)	100名	○※1	—
ベル(西麻布4-7-2)	51名	○※1	—
新橋さくらの園(新橋6-19-2)	100名	—	○
ありすの杜きこ南麻布(南麻布4-6-1)	118名	—	○
洛和ヴィラ南麻布(南麻布4-6-1)	100名	—	○
南麻布シニアガーデンアリス(南麻布4-6-13)	100名	○※2	○※2

※1 医療的ケアなど個別のケアが必要な方のために、一部従来型個室があります。
 ※2 南麻布シニアガーデンアリスは、多床室20名、ユニット型個室80名です。

●1か月あたりの利用料金の目安(単位:円)

(令和4年10月現在)

	※1	介護保険自己負担※2	食費	居住費	計※3	
多床室	1割負担	要介護1	24,533	43,350	25,650	93,533
		要介護2	27,037			96,037
		要介護3	29,652			98,652
		要介護4	32,155			101,155
		要介護5	34,622			103,622
	2割負担	要介護1	49,066			118,066
		要介護2	54,074			123,074
		要介護3	59,304			128,304
		要介護4	64,310			133,310
		要介護5	69,244			138,244
	3割負担	要介護1	73,599			142,599
		要介護2	81,111			150,111
		要介護3	88,956			157,956
		要介護4	96,465			165,465
		要介護5	103,866			172,866
ユニット型個室	1割負担	要介護1	21,321	48,000	60,180	129,501
		要介護2	23,544			131,724
		要介護3	25,932			134,112
		要介護4	28,188			136,368
		要介護5	30,379			138,559
	2割負担	要介護1	42,641			150,821
		要介護2	47,088			155,268
		要介護3	51,863			160,043
		要介護4	56,375			164,555
		要介護5	60,757			168,937
	3割負担	要介護1	63,962			172,142
		要介護2	70,632			178,812
		要介護3	77,794			185,974
		要介護4	84,563			192,743
		要介護5	91,135			199,315

※1 介護保険の自己負担割合については介護保険負担割合証でご確認ください。
 ※2 受けるサービスの内容によって値段の変動があります。
 ※3 その他日常生活費(タオル代、テレビ電気代、理美容代など利用する場合は、別途かかります。また、所得の低い人には、食費と居住費について減免措置の制度があります。

1. 本人の身体状況	要介護 5	35
	要介護 4	30
	要介護 3	20
	要介護 2	5
	要介護 1	5
	計	35
2. 本人の年齢	90歳以上	5
	80歳以上90歳未満	3
	計	5
3. 介護者の状況	介護者がいない 要介護 3・4・5	25
	介護者がいない 要介護 1・2	21
	介護者に病気や障害(要介護認定を含む)、仕事があり、介護を手伝う人がない	20
	介護者が複数の人の介護(育児を含む)をしており、介護を手伝う人がない	20
	本人と介護者の2人世帯で介護者が75歳以上で手伝う人がいない	17
	介護者に病気や障害(要介護認定を含む)、仕事があり、介護を手伝う人がある	15
	介護者が複数の人の介護(育児を含む)をしており、介護を手伝う人がある	15
	計	25
4. 居住期間	50年以上	7
	30年以上50年未満	6
	10年以上30年未満	5
	3年以上10年未満	3
	0年~3年未満	0
	計	7
5. 区内での介護の期間	要介護1以上 5年以上	8
	要介護1以上 2年以上5年未満	5
	要介護1以上 1年以上2年未満	3
	計	8
6. 住宅の状況	在宅(立ち退きを求められている)	10
	在宅以外(退所を求められ戻る家がない)	10
	在宅(介護上の問題がある)	6
	在宅以外(退所を求められていない)	4
	計	10
7. その他の介護の困難性	認知症症状等を原因とする介護困難が以下のうち7項目以上ある	10
	認知症症状等を原因とする介護困難が以下のうち4項目以上7項目未満	8
	認知症症状等を原因とする介護困難が以下のうち1項目以上4項目未満	5
	○妄想・作話 ○異食 ○収集癖 ○暴力行為 ○不眠・昼夜逆転 ○幻覚・幻聴 ○徘徊 ○不衛生行為 ○大声・奇声 ○火元の管理ができない ○介護への抵抗 ○24時間見守りが必要	
下記の医療行為のうち、1項目以上を日常的に必要とする場合	5	
○疼痛の看護 ○酸素療法 ○経管栄養 ○インスリン注射 ○じょくそうの処理 ○ストーマの処置 ○気管切開の処置 ○カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル等)		
現在、受入不可な医療行為(加点なし)	○点滴の管理 ○モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) ○レスピレーター(人工呼吸器) ○中心静脈栄養(IVH) ○透析	
	その他、特に入所を必要とする場合	最高10
		最高20
	合計	110



要介護1及び2の名簿登載対象者該当・非該当実態調査

住所	
氏名	

	下記の、1・2・3・4 に該当
	下記の、4項目に該当しない

特例的に入所対象者になる要件の4項目

1	認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる者
2	知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる者
3	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な者
4	単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分なため居宅における日常生活を営むことが困難な者

1～4に該当した内容を詳細に記入してください

港区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

(あて先) 港区長

受付日

年 月 日

港区内の下記の特別養護老人ホームの入所を申し込みます。

区内の特別養護老人ホームでは、この申込書の内容をもとに、入所していただく優先度をきめております。氏名等を記入のうえ該当する箇所に✓をつけてください。

記入者連絡先 入所その他の連絡が取れる。郵便物が送付できる	氏名	(フリガナ)	電話番号									
			携帯番号									
	〒						住所	入所希望者との続柄				
本人	氏名	(フリガナ)	電話番号									
	住所	〒						生年月日				
	被保険者番号						要介護	1	2	3	4	5
家族・親族構成 (独居・入院中等でも関係している上記以外の家族親族等)	氏名	同居・別居			続柄	年齢	歳					
		〒			住所	電話						
	氏名	同居・別居			続柄	年齢	歳					
		〒			住所	電話						
介護者の状況 ※ご本人の居場所が自宅でない場合は、在宅していたときの介護者について記入して下さい。	<input type="checkbox"/> 介護者(同居の親族等)がいない。独居である。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がいなく、介護者が病気や障害(要介護認定含む)を抱えている。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がいなく、介護者が就労している。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がいなく、複数の人の介護(育児と保育を含む)をしている。 <input type="checkbox"/> 本人と介護者の2人世帯で、介護者が75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がいるが、介護者が病気や障害(要介護認定を含む)を抱えている。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人はいるが、介護者が就労している。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人はいるが、複数の人の介護(育児と保育を含む)をしている。 <input type="checkbox"/> 介護者に問題はない。											
本人の住まい ※入院等の一時的に限る場合は自宅としてください。	自宅	<input type="checkbox"/> 立ち退き等で退去を求められている。 <input type="checkbox"/> 引き続き住むことが出来る。										
	自宅以外(施設等)	<input type="checkbox"/> 退去を求められている。 <input type="checkbox"/> 退去を求められていない。										
市街地再開発事業によって一時港区外に居住をしていた方	区外での居住(住民登録)期間と、転出前の港区居住(住民登録)期間 【区外での居住期間】 年 月 から 年 月 まで 【転出前の港区居住期間】 年 月 から 区外へ転出した日											
その他で該当するものがあればチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不衛生行為 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 妄想・作り話 <input type="checkbox"/> 火元の管理不可 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 24時間見守りが必要 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害											
	<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に)											
	<input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名) <input type="checkbox"/> 胃ろう											
現在受入不可な医療行為	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 点滴の管理											

<p>ご自宅以外での介護や治療</p>	<p>現在おられるのは</p> <p><input type="checkbox"/>特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/>老人保健施設 <input type="checkbox"/>介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/>病院</p> <p><input type="checkbox"/>養護老人ホーム <input type="checkbox"/>軽費老人ホーム <input type="checkbox"/>ケアハウス <input type="checkbox"/>有料老人ホーム</p> <p><input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>グループリビング <input type="checkbox"/>サービス付き高齢者向け住宅</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>施設名 _____ 電話 _____</p> <p>実態調査時にご本人の様子を施設等に調査することを</p> <p>_____ ・同意します _____ ・同意しません</p>
<p>在宅ケアプランなどについて</p>	<p>ケアプランは、<input type="checkbox"/>作っている <input type="checkbox"/>作っていない</p> <p>相談できる介護支援専門員は、<input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない</p> <p>介護支援専門員の氏名 _____</p> <p>連絡先会社名 _____ 電話 _____</p>
<p>利用されている在宅サービスについて</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>訪問入浴介護 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション</p> <p><input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護</p> <p><input type="checkbox"/>居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/>デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/>短期入所 (特養、老健等)</p> <p><input type="checkbox"/>住宅改修 () <input type="checkbox"/>夜間対応型訪問介護</p> <p><input type="checkbox"/>福祉用具貸与 ()</p>

在宅での介護が困難な状況、ご本人の様子など、入所希望する理由を記入してください。

<p>入所を希望する施設に ✓をつけてください</p> <p>※複数の施設を選択された場合、最初に連絡のあった施設への入所となります。</p>	<p>従来型 (多床室) <input type="checkbox"/>白金の森 <input type="checkbox"/>港南の郷 <input type="checkbox"/>サン・サン赤坂</p> <p><input type="checkbox"/>麻布慶福苑 <input type="checkbox"/>ベル <input type="checkbox"/>南麻布シニアガーデンアリス</p> <hr/> <p>ユニット型個室 <input type="checkbox"/>新橋さくらの園 <input type="checkbox"/>洛和ヴィラ南麻布</p> <p><input type="checkbox"/>ありすの杜きのご南麻布</p> <p><input type="checkbox"/>南麻布シニアガーデンアリス</p>
---	--

個人情報について

この申込書及び訪問調査に係る私の情報を保険者、高齢者相談センター (地域包括支援センター)、指定する介護支援専門員に在宅生活支援のために提供すること、及び保険者、高齢者相談センター (地域包括支援センター)、指定する介護支援専門員が保有する私の情報を特別養護老人ホーム入所判定業務に使用することを同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏 名 _____ 印

事務処理	受付	施設名			受付印
	決裁	課長	係長	係員	