

## グループホーム安平の郷 料金表

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費 (1日につき)

### ①基本単位・料金 (1日あたり) 1割負担

要介護度	サービス内容略称	単位	基本額	自己負担額	備考
要支援2	予認知症共同生活介護2	748	7,480	748円/日	
要介護1	認知症共同生活介護1	752	7,520	752円/日	
要介護2	認知症共同生活介護2	787	7,870	787円/日	
要介護3	認知症共同生活介護3	811	8,110	811円/日	
要介護4	認知症共同生活介護4	827	8,270	827円/日	
要介護5	認知症共同生活介護5	844	8,440	844円/日	

### ②加算単位・料金 1割負担

加算内容	単位	基本額	自己負担額	備考
初期加算 (新規入居時)	30	300	30円/日	入居日から30日間算定
初期加算 (入院後、受け入れ対応時)	30	300	30円/日	入院後、3か月未満で退院見込みの場合、30日間算定
医療連携体制加算 (Ⅰ)	39	390	39円/日	要支援2以外体制により、加算なしか(Ⅰ)か(Ⅱ)か(Ⅲ)のいずれか算定
医療連携体制加算 (Ⅱ)	49	490	49円/日	
医療連携体制加算 (Ⅲ)	59	590	59円/日	
入院時費用	246	2,460	246円/月6日	7泊以上入院時、6日間算定 月をまたいで入院した場合12日間算定
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220	22円/日	体制により、加算なし又は(Ⅰ)か(Ⅱ)か(Ⅲ)のいずれかを算定
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	180	18円/日	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	60	6円/日	
看取り介護加算 (死亡日以前31日以上45日以下)	72	720	72円/日	要件適用時に算定
(死亡日以前4日以上30日未満)	144	1,440	144円/日	
(死亡日の前日及び前々日)	680	6,800	680円/日	
(死亡日)	1,280	12,800	1,280円/日	
退去時相談援助加算	400	4,000	400円/回	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	30	3円/日	体制により加算なし又は(Ⅰ)か(Ⅱ)のいずれか算定
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	40	4円/日	
生活機能向上訓練加算 (Ⅰ)	100	1,000	100円/月	体制により加算なし又は(Ⅰ)か(Ⅱ)のいずれか算定
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200	2,000	200円/月	
栄養管理体制加算	30	300	30円/月	体制により加算なし又は算定
口腔管理衛生体制加算	30	300	30円/月	体制により加算なし又は算定
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200	20円/回	体制により加算なし又は算定
科学的介護推進体制加算	40	400	40円/月	体制により加算なし又は算定
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	月合計単位数×0.111			
特定処遇改善加算 (Ⅱ)	月合計単位数×0.023			

\*単位に10.0(地域区分乙地)を乗じた額の1割が利用者様のご利用料金となります。自己負担額は1ヵ月分まとめてお支払いいただきます。このため、法律に基づいた計算・処理等により、1日分を日数で乗じた額と一致しない場合があります。

①基本単位・料金（1日あたり）2割負担

要介護度	サービス内容略称	単位	基本額	自己負担額	備考
要支援2	予認知症共同生活介護2	748	7,480	1,496円/日	
要介護1	認知症共同生活介護1	752	7,520	1,504円/日	
要介護2	認知症共同生活介護2	787	7,870	1,574円/日	
要介護3	認知症共同生活介護3	811	8,110	1,622円/日	
要介護4	認知症共同生活介護4	827	8,270	1,654円/日	
要介護5	認知症共同生活介護5	844	8,440	1,688円/日	

②加算単位・料金 2割負担

加算内容	単位	基本額	自己負担額	備考
初期加算（新規入居時）	30	300	60円/日	入居及び再入居日から30日間算定
初期加算（入院後、受け入れ対応時）	30	300	60円/日	入院後、3か月未満で退院見込みの場合、30日間算定
医療連携体制加算（Ⅰ）	39	390	78円/日	要支援2以外体制により、加算なしか（Ⅰ）か（Ⅱ）か（Ⅲ）のいずれか算定
医療連携体制加算（Ⅱ）	49	490	98円/日	
医療連携体制加算（Ⅲ）	59	590	118円/日	
入院時費用	246	2,460	492円/月6日	7泊以上入院時、6日間算定 月をまたいで入院した場合12日間算定
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220	44円/日	体制により、加算なし又は（Ⅰ）か（Ⅱ）か（Ⅲ）のいずれかを算定
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	180	36円/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	60	12円/日	
看取り介護加算（死亡日以前31日以上45日以下）	72	720	144円/日	要件適用時に算定
（死亡日以前4日以上30日未満）	144	1,440	288円/日	
（死亡日の前日及び前々日）	680	6,800	1,360円/日	
（死亡日）	1,280	12,800	2,560円/日	
退去時相談援助加算	400	4,000	800円/回	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	30	6円/日	体制により加算なし又は（Ⅰ）か（Ⅱ）いずれかを算定
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	40	8円/日	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	1,000	200円/月	体制により加算なし又は（Ⅰ）か（Ⅱ）いずれかを算定
生活機能向上訓練加算（Ⅱ）	200	2,000	400円/月	
口腔管理衛生体制加算	30	300	60円/月	体制により加算なし又は算定
栄養スクリーニング加算	5	50	10円/回	体制により加算なし又は算定
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200	40円/回	体制により加算なし又は算定
科学的介護推進体制加算	40	400	80円/月	体制により加算なし又は算定
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月合計単位数×0.111			
特定処遇改善加算（Ⅱ）	月合計単位数×0.023			

\*単位に10.0(地域区分乙地)を乗じた額の2割が利用者様のご利用料金となります。自己負担額は1ヵ月分まとめてお支払いいただきます。このため、法律に基づいた計算・処理等により、1日分を日数で乗じた額と一致しない場合があります。

① 基本単位・料金（1日あたり）3割負担

要介護度	サービス内容略称	単位	基本額	自己負担額	備考
要支援2	予認知症共同生活介護2	748	7,480	2,244 円/日	
要介護1	認知症共同生活介護1	752	7,520	2,256 円/日	
要介護2	認知症共同生活介護2	787	7,870	2,361 円/日	
要介護3	認知症共同生活介護3	811	8,110	2,433 円/日	
要介護4	認知症共同生活介護4	827	8,270	2,481 円/日	
要介護5	認知症共同生活介護5	844	8,440	2,532 円/日	

② 加算単位・料金 3割負担

加算内容	単位	基本額	自己負担額	備考
初期加算（新規入居時）	30	300	90 円/日	入居及び再入居日から30日間算定
初期加算（入院後、受け入れ対応時）	30	300	90 円/日	入院後、3か月未満で退院見込みの場合、30日間算定
医療連携体制加算（Ⅰ）	39	390	234 円/日	要支援2以外体制により、加算なしか（Ⅰ）か（Ⅱ）か（Ⅲ）のいずれか算定
医療連携体制加算（Ⅱ）	49	490	147 円/日	
医療連携体制加算（Ⅲ）	59	590	177 円/日	
入院時費用	246	2,460	738 円/月6日	7泊以上入院時、6日間算定 月をまたいで入院した場合12日間算定
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220	66 円/日	体制により、加算なし又は（Ⅰ）か（Ⅱ）か（Ⅲ）のいずれかを算定
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	180	54 円/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	60	18 円/日	
看取り介護加算（死亡日以前31日以上45日以下）	72	720	216 円/日	要件適用時に算定
（死亡日以前4日以上30日未満）	144	1,440	432 円/日	
（死亡日の前日及び前々日）	680	6,800	2,040 円/日	
（死亡日）	1,280	12,800	3,840 円/日	
退去時相談援助加算	400	4,000	1,200 円/回	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	30	9 円/日	体制により加算なし又は（Ⅰ）
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	40	12 円/日	か（Ⅱ）いずれか算定
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	1,000	300 円/月	体制により加算なし又は（Ⅰ）
生活機能向上訓練加算（Ⅱ）	200	2,000	600 円/月	か（Ⅱ）いずれか算定
口腔管理衛生体制加算	30	300	90 円/月	体制により加算なし又は算定
栄養スクリーニング加算	5	50	15 円/回	体制により加算なし又は算定
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200	60 円/回	体制により加算なし又は算定
科学的介護推進体制加算	40	400	60 円/月	体制により加算なし又は算定
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月合計単位数×0.111			
特定処遇改善加算（Ⅱ）	月合計単位数×0.031			

\*単位に10.0(地域区分乙地)を乗じた額の3割が利用者様のご利用料金となります。自己負担額は1ヵ月分まとめてお支払いいただきます。このため、法律に基づいた計算・処理等により、1日分を日数で乗じた額と一致しない場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

認知症対応型共同生活介護

項目	内容	利用料金
家賃	月々のお部屋代	月額 43,000 円
食材料費	1日3食の食事及びおやつ代 (朝食 250 円、昼食 300 円、夕食 350 円、おやつ代 100 円)	日額 1,000 円
光熱水費	水道・光熱費	月額 22,000 円
暖房費	10月から3月まで頂きます。	月額 5,000 円
理美容代	理美容のサービスを利用した場合	実費
おむつ代	おむつを使用した場合	実費

※敷金として家賃1ヶ月分をお預かりします。退所時に清掃費用等実費精算の上、ご返却いたします。

短期利用共同生活介護

項目	内容	利用料金
家賃	お部屋代	日額 800 円
食材料費	1日3食の食事及びおやつ代 (朝食 250 円、昼食 300 円、夕食 350 円、おやつ代 100 円)	日額 1,000 円
光熱水費	水道・光熱費	日額 734 円
暖房費	10月から3月まで頂きます。	月額 167 円
理美容代	理美容のサービスを利用した場合	実費
おむつ代	おむつを使用した場合	実費

○ その他の費用

食材料費その他 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。