

高齢者グループホームかわしまの里 認知症対応型共同生活介護 料金表

令和6年4月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.72 円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

算定項目	認知症対応型共同生活介護費（1日につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
	イ 認知症対応型共同生活介護費					
	(1) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）					(1ユニット) ※利用者負担額は月額（30日）で算出 【計算方法】 単位数×30日×10.72（地域単価） =月額報酬額 月額報酬額-（月額報酬額×負担割合※4） =利用者負担額
<input type="checkbox"/>	(一) 要介護1	765	24,603	49,205	73,808	
	(二) 要介護2	801	25,761	51,521	77,281	
	(三) 要介護3	824	26,500	53,000	79,500	
	(四) 要介護4	841	27,047	54,093	81,140	
	(五) 要介護5	859	27,626	55,251	82,877	
	(2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）※5					(2ユニット以上) ※利用者負担額は月額（30日）で算出 【計算方法】 単位数×30日×10.72（地域単価） =月額報酬額 月額報酬額-（月額報酬額×負担割合※4） =利用者負担額
<input checked="" type="checkbox"/>	(一) 要介護1	753	24,217	48,433	72,650	
	(二) 要介護2	788	25,342	50,684	76,026	
	(三) 要介護3	812	26,114	52,228	78,342	
	(四) 要介護4	828	26,629	53,257	79,886	
	(五) 要介護5	845	27,176	54,351	81,526	
	ロ 短期利用認知症対応型共同生活介護費					
	(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）					(1ユニット)
<input type="checkbox"/>	(一) 要介護1	793	850	1,700	2,550	
	(二) 要介護2	829	889	1,778	2,666	
	(三) 要介護3	854	916	1,831	2,747	
	(四) 要介護4	870	933	1,866	2,798	
	(五) 要介護5	887	951	1,902	2,853	
	(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）※5					(2ユニット以上)
<input checked="" type="checkbox"/>	(一) 要介護1	781	838	1,675	2,512	
	(二) 要介護2	817	876	1,752	2,628	
	(三) 要介護3	841	902	1,803	2,705	
	(四) 要介護4	858	920	1,840	2,760	
	(五) 要介護5	874	937	1,874	2,811	
	加算項目					
	注6 夜間支援体制加算					1日につき
<input type="checkbox"/>	(1) 夜間支援体制加算（Ⅰ）	50	54	108	161	
<input type="checkbox"/>	(2) 夜間支援体制加算（Ⅱ）	25	27	54	81	
<input type="checkbox"/>	注7 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	215	429	644	入居日から起算して7日を限度として1日につき (ロを算定する場合のみ)
<input type="checkbox"/>	注8 若年性認知症利用者受入加算	120	129	258	386	1日につき
<input checked="" type="checkbox"/>	注9 入院時費用	246	264	528	792	1日につき(1月に6日を限度)
	注10 看取り介護加算					1日につき(イを算定する場合のみ)
<input type="checkbox"/>	死亡日以前31日以上45日以下	72	78	155	232	
	死亡日以前4日以上30日以下	144	155	309	463	
	死亡日の前日及び前々日	680	729	1,458	2,187	
	死亡日	1,280	1,373	2,745	4,117	
<input checked="" type="checkbox"/>	ハ 初期加算	30	33	65	97	1日につき(イを算定する場合のみ)
	ニ 協力医療機関連携加算					
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 協力医療機関が、指定地域密着型サービス基準第105条第2項第1号及び第2号に規定する要件を満たしている場合	100	108	215	322	1月につき(イを算定する場合のみ)
<input type="checkbox"/>	(2) (1) 以外の場合	40	43	86	129	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ホ 医療連携体制加算					1日につき
<input type="checkbox"/>	(1) 医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57	62	123	184	
<input type="checkbox"/>	(2) 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47	51	101	151	
<input checked="" type="checkbox"/>	(3) 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37	40	80	119	
<input checked="" type="checkbox"/>	(4) 医療連携体制加算（Ⅱ）	5	6	11	16	
<input type="checkbox"/>	ヘ 退居時情報提供加算	250	268	536	804	1回につき(イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度)
<input type="checkbox"/>	ト 退居時相談援助加算	400	429	858	1,287	1回につき(イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度)
	チ 認知症専門ケア加算					1日につき
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	4	7	10	
<input type="checkbox"/>	(2) 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	5	9	13	
	リ 認知症チームケア推進加算					
<input type="checkbox"/>	(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	161	322	483	1月につき(イを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	129	258	386	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ヌ 生活機能向上連携加算					
<input type="checkbox"/>	(1) 生活機能向上加算（Ⅰ）	100	108	215	322	初回月のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 生活機能向上加算（Ⅱ）	200	215	429	644	1月につき(3か月が限度)
<input checked="" type="checkbox"/>	ル 栄養管理体制加算	30	33	65	97	1月につき(イを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	ヲ 口腔衛生管理体制加算	30	33	65	97	1月につき(イを算定する場合のみ)
<input type="checkbox"/>	ワ 口腔・栄養スクリーニング加算	20	22	43	65	1回につき(イを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	カ 科学的介護推進体制加算	40	43	86	129	1月につき(イを算定する場合のみ)

	ヨ 高齢者施設等感染対策向上加算					1月につき
<input type="checkbox"/>	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	11	22	33	
<input type="checkbox"/>	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	6	11	16	
<input type="checkbox"/>	タ 新興感染症等施設療養費 (1日につき)	240	258	515	772	1月に1回、連続する5日が限度
	レ 生産性向上推進体制加算					1月につき
<input type="checkbox"/>	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	108	215	322	
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	11	22	33	
	ソ サービス提供体制強化加算					1日につき
<input type="checkbox"/>	(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22	24	47	71	
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18	20	39	58	
<input type="checkbox"/>	(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6	7	13	20	

	介護職員処遇改善加算(1月につき)	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×11.1%) <sup>※2</sup> ×10.72
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×8.1%) <sup>※2</sup> ×10.72
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.5%) <sup>※2</sup> ×10.72
	介護職員等特定処遇改善加算(1月につき)	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> (介護職員処遇改善加算を除く)×3.1%) <sup>※2</sup> ×10.72
<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> (介護職員処遇改善加算を除く)×2.3%) <sup>※2</sup> ×10.72

	介護職員等ベースアップ等支援加算(1月につき)	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等ベースアップ等支援加算	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> (介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を除く)×2.3%) <sup>※2</sup> ×10.72

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

※5 3ユニットの場合であって、3ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和する場合は**50単位を減算**。

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合<sup>※4</sup>(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

## 2 その他の費用

	項 目	金額	説明
1	食材料費	31,500円	1日1,050円 ※30日分
2	理美容代	実費	
3	おむつ代	実費	
4	教養娯楽費	実費	
5	家賃	50,000円	1月につき
6	光熱水費	20,000円	1月につき
7	管理費	9,500円	1月につき
8	敷金	269,000円~273,000円	退居時リフォーム代。残金は退所時にお返しいたします。