

グループホーム カルフル・ド・ルポ印南

R4.10～

1. 基本料金

(単価:円)

単価 負担割合	認知症対応型共同生活介護 I					
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単価	760	764	800	823	840	858
1割負担	760	764	800	823	840	858
2割負担	1,520	1,528	1,600	1,646	1,680	1,716
3割負担	2,280	2,292	2,400	2,469	2,520	2,574

2. 加算料金

※全員対象の加算は○

加算項目	基本 単位	利用者負担額			算定回数等
		1割負担	2割負担	3割負担	
○ 1 医療連携体制加算(Ⅰ) ※介護予防を除く	39	39	78	117	1日につき
○ 2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	22	44	66	1日につき
○ 3 口腔衛生管理体制加算	30	30	60	90	1月につき
○ 4 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	200	400	600	1月につき
○ 5 科学的介護推進体制加算	40	40	80	120	1月につき
○ 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単 位数の 111/100 0	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算・減算 を加えた総単位数(所定単位数)
○ 7 特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単 位数の 31/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算・減算 を加えた総単位数(所定単位数)
○ 8 介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単 位数の 23/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算・減算 を加えた総単位数(所定単位数)
9 初期加算	30	30	60	90	1日につき
10 入院時費用	246	246	492	738	1月に6日を限度
11 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	3	6	9	1日につき
12 看取り介護加算	72	72	144	216	死亡日以前31日以上45日以下
	144	144	288	432	死亡日以前4日以上30日以下
	680	680	1360	2040	死亡日の前日及び前々日
	1280	1280	2560	3840	死亡日
13 若年性認知症利用者受入加算	120	120	240	360	1日につき
14 退居時相談援助加算	400	400	800	1200	1回につき

3. 介護保険外

敷金	240,000円	入所時のみ
家賃	40,000円	月額
食材料費	1,445円	日額
おやつ費	50円	日額
水道光熱費	500円	日額
クラブ活動材料費		参加クラブにより異なる
理美容料金	2,000円	
日常生活品費	実費	歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュ等
受診同行料		30分につき750円
受診送迎料		印南町内:片道500円、町外病院:片道3,000円。高速料金は別途 但し、協力医療機関への同行料及び送迎費用は算定なし
寝具リース費用	2,000円	寝具一式。汚染時の洗濯代込み

4. 1月あたりの負担金額(30日) ※概算

家賃・食材料費・水道光熱費込み。介護保険外・対象者のみの加算に関する費用は含んでいません。

負担割合	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	125,097	125,217	126,297	126,987	127,497	128,037
2	150,343	150,583	152,743	154,123	155,143	156,223
3	175,590	175,950	179,190	181,260	182,790	184,410

5. 各種加算説明

- 1 医療連携体制加算は、当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。
- 2 サービス提供体制強化加算は、基準に適合しているものとして市町村長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- 3 口腔衛生管理体制加算は、当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けている場合に算定します。
- 4 生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問リハビリテーション事業所等が当事業所を訪問した際に、当事業所の計画作成担当者と共に利用者の状態評価を行い、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
- 5 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。
- 6 介護職員等特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- 9 初期加算は、当事業所に入居した日から30日以内の期間について算定します。
- 10 利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれる場合であって、退院後再び当該指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保している場合に、1月に6日を限度として算定します。
- 11 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- 12 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。
- 13 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- 14 退居時相談援助加算は、利用期間が1月を超える利用者が退居し、居宅にて居宅サービス等を利用する場合に、退居後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退居後2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示した文書を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

事業所番号 【3072100484】

社会福祉法人 同仁会

グループホーム カルフル・ド・ルポ印南

〒649-1533 和歌山県日高郡印南町山口150番地1

TEL (0738)42-8080 FAX (0738)42-0500

TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500