

1. 基本料金

(介護保険での2割負担料金:円)

要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症対応型共同生活介護Ⅱ	1,514	1,522	1,594	1,640	1,674	1,708

2. 加算料金

(介護保険での2割負担料金:円)

全員対象	医療連携体制加算 (介護予防を除く)	78/日	日常的な健康管理を行い、利用者の状態悪化時に医療機関との連絡体制を確保していること。
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	36/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。
	口腔衛生管理体制加算	60/月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成していること。
	生活機能向上連携加算	400/月	医師が、認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同して行う。
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数 ×11.1%	1月の基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×11.1%
	特定処遇改善加算Ⅰ	総単位数 ×3.1%	1月の基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×3.1%
対象者のみ加算	初期加算	60/日	入居日より30日以内であること。 ※過去3ヶ月間、同施設に入居していない場合に限り、算定可能(日常生活自立度ランクⅢ以上の場合は過去1ヶ月間)。
	入院時費用	492/日	入院後3ヵ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えていること。 1月に6日を限度として、所定単位数に代えて算定。
	認知症専門ケア加算Ⅰ	6/日	・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入居者の1/2以上であること。 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上、20人以上の場合は10又はその端数を増す毎に1名以上を配置していること。 ・職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的に行っていること。
	看取り介護加算	288/日 (死亡日以前4～30日) 1,360/日 (死亡前日及び前々日) 2,560/日 (死亡日)	○医師が回復の見込みがないと診断した者であること。 ○医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ○看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

対象者のみ加算	若年性認知症利用者受入加算	240/日	受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めていること。 ※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定不可。
	退居時相談援助加算	800/回 (1人につき1回を限度)	退居時に本人及びその家族等に対して退去後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ、退居日から2週間以内に、退居後の居宅地を管轄する市町村に対して必要な情報を提供した場合。

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	1,392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

○1ヶ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。

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
154,561	154,835	157,301	158,877	160,042	161,207

・看取り介護加算算定にあたり

看取りケア加算は退居した月と死亡した月が異なる場合でも算定が可能となります。看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、事業所に入居していない月においても自己負担分が発生する場合があります。

・看取り介護加算について

看取りケア介護中に退居等の事項が発生した場合、継続したご家族との関わり及び医療機関との情報共有が必要となります。情報共有を円滑に行う観点から事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたい時に、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、利用者又は家族に文書にて同意を得ることが必要となります。

※利用者の負担額には、月額の上限額(高額介護サービス費)があるため、実際の負担は、自己負担が2割になった方全員がこれまでの2倍になる

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)42-8222

TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500