

多気グループホームひまわり 利用料金表



【保険給付サービス】

指定介護予防認知症対応型共同生活介護・指定認知症対応型共同生活介護

| 介護保険利用者（1割負担金）    |                       |      |                       |      |      |      |
|-------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|------|------|
| 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 |
| 金額                | 760円                  | 764円 | 799円                  | 824円 | 840円 | 857円 |
| 初期加算              | 31円/日                 |      | 入居から30日間の加算となります      |      |      |      |
| ★医療連携体制加算（Ⅰ）ハ     | 38円/日                 |      | 看護師による24時間連絡体制の確保     |      |      |      |
| 3ユニットを2人夜勤で行う際の減算 | マイナス51円/日             |      | 1日につき                 |      |      |      |
| 協力医療機関連携加算（Ⅰ）     | 102円/月                |      | 1月につき                 |      |      |      |
| 退居時相談援助加算         | 406円/日                |      | 入居者1人につき1回を限度に加算となります |      |      |      |
| 看取り介護加算           | 73円～1,298円/日          |      | 死亡日以前45日を限度に加算となります   |      |      |      |
| 若年性認知症利用者受入加算     | 122円/日                |      | 若年性認知症利用者を受け入れた場合     |      |      |      |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）    | 総単位数に178/1,000を乗じた単位数 |      |                       |      |      |      |

※1単位10.14円で算定する為、上記金額は多少誤差が出る場合があります。

※上記金額は1割負担の場合です。2割・3割負担の場合は利用者負担額が変わります。

○入院・外泊時の請求について

1泊2日の場合は、入院・外泊にはあたらず、請求の対象となります。

2泊3日より、**中日（なかび）**の日数を不在日とし算定いたしません。

【保険対象外サービス】

| 種別                         | 金額       | 備考  |
|----------------------------|----------|---|
| 家賃（個室部屋代）                  | 2,200円/日 | 入院・外泊時も費用は必要となります   |
| 食材費                        | 1,300円/日 | ●食費の内訳<br>朝食 280円<br>昼食 470円<br>夕食 470円<br>おやつ 80円<br>入院・外泊等の費用はいりません |
| 光熱水費                       | 500円/日   | } 入院・外泊時は中日（なかび）以外は費用は必要となります   |
| 日用品費（シャワー・ポディール・タオル・バスタオル） | 100円/日   |   |
| 教養娯楽費（折り紙等のレクリエーション活動経費等）  | 100円/日   |   |
| おむつ                        | 110円/枚   | } ご使用された場合  |
| リハビリパンツ                    | 150円/枚   |   |
| パット                        | 30円/枚    |   |
| 理美容代                       | 1,500円/回 |   |

○その他毎月かかる費用の例

診察代、薬代、個人の嗜好品購入代等

●1ヶ月のご利用料金（30日の場合）

（単位：円）

| 介護度  | 利用者負担  | 家賃     | 食材費    | 光熱水費   | 日用品費  | 教養娯楽費 | 合計      |
|------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|
| 要支援2 | 25,264 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 151,264 |
| 要介護1 | 26,835 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 152,835 |
| 要介護2 | 28,089 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 154,089 |
| 要介護3 | 28,950 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 154,950 |
| 要介護4 | 29,523 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 155,523 |
| 要介護5 | 30,131 | 66,000 | 39,000 | 15,000 | 3,000 | 3,000 | 156,131 |

※その他必要に応じて加算額がプラスとなります。

※上記金額は1割負担の場合です。2割・3割負担の場合は利用者負担額が変わります。