

## グループホームやすらぎ園 料金表 (令和元年10月1日より)

### ★保険適用利用料

※法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

#### ①施設利用料

要介護区分	①利用料	②医療連携	③サービス提供	1日あたり利用料 (①～③合計)		
				1割	2割	3割
要支援 2	745	0	18	763	1,526	2,289
要介護 1	749	39	18	806	1,612	2,418
要介護 2	784	39	18	841	1,682	2,523
要介護 3	808	39	18	865	1,730	2,595
要介護 4	824	39	18	881	1,762	2,643
要介護 5	840	39	18	897	1,794	2,691

#### ②加算

- ◎ 夜間支援体制加算(Ⅱ) 1日につき1割 ¥25、2割 ¥50、3割 ¥75  
指定地域密着型サービス基準に規定する夜間及び深夜勤務に必要な数に1を加えた数以上の介護従事者又は宿直勤務を行う者を配置した場合。
- ◎ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 1日につき1割 ¥200、2割 ¥400、3割 ¥600(入居後7日に限る)  
認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入居することが適当であると医師により判断された場合。
- ◎ 若年性認知症利用者受入加算 1日につき1割 ¥120、2割 ¥240、3割 ¥360  
若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定めて介護を行った場合。(ただし認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定しない。)
- ◎ 入院時費用 1日につき1割 ¥246、2割 ¥492、3割 ¥738  
病院又は診療所への入院を要した場合。(月6日が限度)
- ◎ 看取り介護加算 ※  
医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、利用者又は家族の同意を得て作成された看取り介護に係る計画に基づいた介護及び随時介護記録等を活用した介護を行うことについて同意を得た場合。(ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。)  
(1) 死亡日以前4日以上30日以下 1日につき1割 ¥144、2割 ¥288、3割 ¥432  
(2) 死亡日の前日および前々日 1日につき1割 ¥680、2割 ¥1,360、3割 ¥2,040  
(3) 死亡日 1日につき1割 ¥1,280、2割 ¥2,560、3割 ¥3,840
- ◎ 初期加算 1日につき1割 ¥30、2割 ¥60、3割 ¥90  
入居した日から起算して30日以内の期間について加算。30日を超える入院後の再入所も同様。
- ◎ 退居時相談援助加算 1回につき1割 ¥400、2割 ¥800、3割 ¥1,200 (退去時)  
利用期間が1ヶ月を超える利用者の退去時に、退居後の福祉サービス等について相談援助を行い、かつ、利用者の同意を得て市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して必要な情報を提供した場合。
- ◎ 認知症専門ケア加算  
(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 1日につき1割 ¥3、2割 ¥6、3割 ¥9  
認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が2分の1以上であって、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を厚生労働省の定める基準以上配置し、留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的に開催している場合。
- ◎ 生活機能向上連携加算 1月につき1割 ¥200、2割 ¥400、3割 ¥600  
外部のリハビリテーション専門職等と連携して身体状況等の評価を行い、かつ、生活機能の向上を目的とした計画を作成し、計画に基づく介護を行った場合。
- ◎ 口腔衛生管理体制加算 1月につき1割 ¥30、2割 ¥60、3割 ¥90  
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。
- ◎ 栄養スクリーニング加算 1回につき1割 ¥5、2割 ¥10、3割 ¥15  
利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報を計画作成担当者に文書で共有した場合。
- ◎ 介護職員処遇改善加算  
(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 1月につき 1割 +所定単位×111/1000、2割 +所定単位×111/1000×2、3割 +所定単位×111/1000×3
- ◎ 介護職員等特定処遇改善加算  
(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 1月につき 1割 +所定単位×31/1000、2割 +所定単位×31/1000×2、3割 +所定単位×31/1000×3

注 1. 上記の加算については、職員配置の状況等により変動することがありますのでご了承ください。

2. ※印の加算については介護給付(要介護 1～5) の方のみを対象となります。

#### ★ 保険外利用料

- ・ 家賃 ¥40,000 / 月
- ・ 管理費 ¥25,000 / 月
- ・ 食材料費 ¥30,000 / 月

◎定期健康診断料・病院治療代、理美容代、紙おむつ代(必要に応じ、ご家族で購入され、補充してください。)は実費負担となります。