

グループホーム 介護サービス費・利用料

|                      | 対象者      |            | 区分    | 費用(円)        |             |      | 算定<br>単位 | 備考  |
|----------------------|----------|------------|-------|--------------|-------------|------|----------|---|
|                      | 要支援<br>2 | 要介護<br>1~5 |       | 1割           | 2割          | 3割   |          |   |
| 介護サービス費              | ○        | ○          | 支2    | 749          | 1498        | 2247 | 1日       | (参考)<br>支2 22470円<br>介1 22590円<br>1割負担 介2 23640円<br>かつ 介3 24360円<br>30日計算時 介4 24840円<br>介5 25350円   |
|                      |          |            | 介1    | 753          | 1506        | 2259 |          |   |
|                      |          |            | 介2    | 788          | 1576        | 2364 |          |   |
|                      |          |            | 介3    | 812          | 1624        | 2436 |          |   |
|                      |          |            | 介4    | 828          | 1656        | 2484 |          |   |
|                      |          |            | 介5    | 845          | 1690        | 2535 |          |   |
| 短期利用<br>介護サービス費      | ○        | ○          | 支2    | 777          | 1554        | 2331 | 1日       | (参考)<br>支2 23310円<br>介1 23430円<br>1割負担 介2 24510円<br>かつ 介3 25230円<br>30日の計算時 介4 25740円<br>介5 26220円  |
|                      |          |            | 介1    | 781          | 1562        | 2343 |          |   |
|                      |          |            | 介2    | 817          | 1634        | 2451 |          |   |
|                      |          |            | 介3    | 841          | 1682        | 2523 |          |   |
|                      |          |            | 介4    | 858          | 1716        | 2574 |          |   |
|                      |          |            | 介5    | 874          | 1748        | 2622 |          |   |
| 協力医療機関連携加算           | ○        | ○          | (1)   | 100          | 200         | 300  | 1月       | 協力医療機関との連携の体制に応じていずれかを算定します。  |
|                      |          |            | (2)   | 40           | 80          | 120  |          |   |
| 医療連携体制費              | ○        | ○          | I (イ) | 57           | 114         | 171  | 1日       | 入居者の日常的な健康管理、医療機関との連携体制等を整備することによりいずれかを算定します。   |
|                      |          |            | I (ロ) | 47           | 94          | 141  |          |   |
|                      |          |            | I (ハ) | 37           | 74          | 111  |          |   |
|                      |          |            | II    | 5            | 10          | 15   | 1日       | Iに加え、入居者の状態により算定します。  |
| サービス提供<br>体制強化費      | ○        | ○          | I     | 22           | 44          | 66   | 1日       | 職員の配置状況・所有資格・勤続年数等により、いずれかを算定します。   |
|                      |          |            | II    | 18           | 36          | 54   |          |   |
|                      |          |            | III   | 6            | 12          | 18   |          |   |
| 若年性認知症<br>利用者受入費     | ○        | ○          |       | 120          | 240         | 360  | 1日       | 65歳未満の方に対して個別担当者を配置します。   |
| 初期加算                 | ○        | ○          |       | 30           | 60          | 90   | 1日       | 入居開始日より30日を限度として算定します。  |
| 入院時費用                | ○        | ○          |       | 246          | 492         | 738  | 1日       | 入院後3か月以内に退院が見込まれる場合、再入居の期間に応じて算定します。(1月あたり6日・月またぎ12日を限度)  |
| 看取り介護費               | ○        | ○          |       | 72           | 144         | 216  | 1日       | 以前31日以上45日以下<br>以前4日以上30日以下<br>以前2日以上3日以下<br>お亡くなりになられた日<br>お亡くなりになられた日から起算し、<br>当事業所にご入居されていた日数に<br>応じて算定します。<br>よって、当該費用は、月遅れで請求が<br>発生する場合があります。 |
|                      |          |            |       | 144          | 288         | 432  |          |   |
|                      |          |            |       | 680          | 1360        | 2040 |          |   |
|                      |          |            |       | 1280         | 2560        | 3840 |          |   |
| 退居時情報提供加算            | ○        | ○          |       | 250          | 500         | 750  | 1回       | 退居先の医療機関に情報提供を行った場合に算定します。  |
| 退居時相談援助費             | ○        | ○          |       | 400          | 800         | 1200 | 1回       | 退居にあたり、他サービス・機関に対して情報提供した場合に算定します。  |
| 生活機能向上連携費            | ○        | ○          | I     | 100          | 200         | 300  | 1月       | 訪問リハビリ、通所リハビリ、医療機関の理学・作業・言語聴覚療法士、医師が計画作成担当者と身体状況を評価した場合に算定します。<br>【I】助言を受けて評価 【II】訪問して評価  |
|                      |          |            | II    | 200          | 400         | 600  |          |   |
| 認知症行動・心理症<br>状緊急対応費  | ○        | ○          |       | 200          | 400         | 600  | 1日       | 短期利用開始日から、7日を限度。  |
| 認知症チームケア加算           | ○        | ○          | I     | 150          | 300         | 450  | 1月       | 認知症の程度と職員配置状況及び認知症介護への取り組みに応じていずれかを算定します。   |
|                      |          |            | II    | 120          | 240         | 360  |          |   |
| 認知症専門ケア費             | ○        | ○          | I     | 3            | 6           | 9    | 1日       |   |
|                      |          |            | II    | 4            | 8           | 12   |          |   |
| 口腔衛生管理体制費            | ○        | ○          |       | 30           | 60          | 90   | 1月       | 口腔ケアについて、事業所としての計画を策定した場合に算定します。  |
| 栄養管理体制費              | ○        | ○          |       | 30           | 60          | 90   | 1月       | 管理栄養士とともに栄養ケアを整備した場合に算定します。   |
| 口腔・栄養<br>スクリーニング費    | ○        | ○          |       | 20           | 40          | 60   | 1回       | 口腔・栄養状態を確認し、ケアマネジメントを行った場合に6月に1回を限度として算定します。  |
| 夜間支援体制費              | ○        | ○          | II    | 25           | 50          | 75   | 1日       | 夜勤職員を手厚く配置し、基準に適合した場合に算定します。  |
| 科学的介護推進体制費           | ○        | ○          |       | 40           | 80          | 120  | 1月       | 厚生労働省が求める情報提供を行った場合に算定します。  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算       | ○        | ○          | I     | 10           | 20          | 30   | 1月       | 感染症対策のための医療機関との連携体制に応じていずれかを算定します。  |
|                      |          |            | II    | 5            | 10          | 15   |          |   |
| 新興感染症施設療養費           | ○        | ○          |       | 240          | 480         | 720  | 1日       | 厚生労働省が定める感染症への対応を行った場合、1月に1回、連続する5日を限度として算定します。   |
| 生産性向上推進体制加算          | ○        | ○          | I     | 100          | 200         | 300  | 1月       | 厚生労働省の基準に基づいた業務改善に取り組み、情報提供を行った場合に算定します。  |
|                      |          |            | II    | 10           | 20          | 30   |          |   |
| 介護職員処遇改善加算           | ○        | ○          | I     | × 111 / 1000 |             |      | 1月       | 厚生労働省の基準に基づいて算定します。<br>※令和6年5月31日まで   |
|                      |          |            | II    | 所定単位         | × 81 / 1000 |      |          |   |
|                      |          |            | III   | × 45 / 1000  |             |      |          |   |
| 介護職員等<br>特定処遇改善加算    | ○        | ○          | I     | 所定単位         | × 31 / 1000 |      | 1月       |   |
|                      |          |            | II    | × 23 / 1000  |             |      |          |   |
| 介護職員等ベース<br>アップ等支援加算 | ○        | ○          |       | 所定単位         | × 23 / 1000 |      | 1月       |   |

|                 |              |   |        |      |              |    |   |
|-----------------|--------------|---|--------|------|--------------|----|---|
| 介護職員等<br>処遇改善加算 | ○            | ○ | I      | 所定単位 | × 186 / 1000 | 1月 | 厚生労働省の基準に基づいて算定します。<br>※令和6年6月1日から            |
|                 |              |   | II     |      | × 178 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | III    |      | × 155 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | IV     |      | × 125 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (1)  | 所定単位 | × 163 / 1000 |    | 厚生労働省の基準に基づいて算定します。<br>※令和6年6月1日から令和7年3月31日まで |
|                 |              |   | V (2)  |      | × 156 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (3)  |      | × 155 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (4)  |      | × 148 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (5)  |      | × 133 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (6)  |      | × 125 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (7)  |      | × 120 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (8)  |      | × 132 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (9)  |      | × 112 / 1000 |    |   |
|                 |              |   | V (10) |      | × 97 / 1000  |    |   |
| V (11)          | × 102 / 1000 |   |        |      |              |    |   |
| V (12)          | × 89 / 1000  |   |        |      |              |    |   |
| V (13)          | × 89 / 1000  |   |        |      |              |    |   |
| V (14)          | × 66 / 1000  |   |        |      |              |    |   |

※上記費用については、当事業所からの入院・外泊等の初日及び帰着日は費用が発生します。

|           |  |   |                         |    |  |
|-----------|--|---|-------------------------|----|--|
| 家賃        | ○  | ○ | 550円                    | 1日 | 入院、外泊等のご不在時にも同額をご負担いただきます。<br>1日の定額となり、一部の欠食による減額は行いません。<br>石鹸。リンスインシャンプー、ティッシュ、マスク<br>※4点をセットとし希望の方のみ。マスクは必要時<br>※ご自身で購入されての持ち込みも構いません。 |
| 管理費(水光熱費) |  |   | 350円                    | 1日 |  |
| 食費        |  |   | 1050円                   | 1日 |  |
| 生活セット     |  |   | 当事業所のものをご利用される場合<br>40円 | 1日 |  |
| その他       | 事業サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。<br>(例：医療機関等における診療費、おむつ代、理美容代、その他) |   |                         |    |  |