

グループホーム なごみ 短期利用料金表

【1割負担】

	1日あたりの自己負担分				
	*下記金額に加え条件を満たした加算をいただきます。				
	基本料金 (自己負担分)	家賃	食費	水道光熱費	合計
要支援2	776円	1,100円	1,380円	450円	3,706円
要介護1	780円	1,100円	1,380円	450円	3,710円
要介護2	816円	1,100円	1,380円	450円	3,746円
要介護3	840円	1,100円	1,380円	450円	3,770円
要介護4	857円	1,100円	1,380円	450円	3,787円
要介護5	873円	1,100円	1,380円	450円	3,803円

【2割負担】

	1日あたりの自己負担分				
	*下記金額に加え条件を満たした加算をいただきます。				
	基本料金 (自己負担分)	家賃	食費	水道光熱費	合計
要支援2	1,552円	1,100円	1,380円	450円	4,482円
要介護1	1,560円	1,100円	1,380円	450円	4,490円
要介護2	1,632円	1,100円	1,380円	450円	4,562円
要介護3	1,680円	1,100円	1,380円	450円	4,610円
要介護4	1,714円	1,100円	1,380円	450円	4,644円
要介護5	1,746円	1,100円	1,380円	450円	4,676円

【3割負担】

	1日あたりの自己負担分				
	*下記金額に加え条件を満たした加算をいただきます。				
	基本料金 (自己負担分)	家賃	食費	水道光熱費	合計
要支援2	2,328円	1,100円	1,380円	450円	5,258円
要介護1	2,340円	1,100円	1,380円	450円	5,270円
要介護2	2,448円	1,100円	1,380円	450円	5,378円
要介護3	2,520円	1,100円	1,380円	450円	5,450円
要介護4	2,571円	1,100円	1,380円	450円	5,501円
要介護5	2,619円	1,100円	1,380円	450円	5,549円

○基本料金についての特例

令和3年4月1日～令和3年9月30日の期間は下記の計算式で算出した金額とさせていただきます。

$$\text{上記基本料金} \times (1,001 / 1,000)$$

* 1円未満は四捨五入になります。(2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります)

☆加算料金

*利用料金表以外に条件を満たしている場合に以下の料金をいただきます。

加算項目	加算金額			主な条件
	1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 22円	(Ⅰ) 44円	(Ⅰ) 66円	以下のいずれかに該当 ・介護職員総数のうち介護福祉士が70%以上配置 ・勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置
	(Ⅱ) 18円	(Ⅱ) 36円	(Ⅱ) 54円	・介護職員総数のうち介護福祉士が60%以上配置
	(Ⅲ) 6円	(Ⅲ) 12円	(Ⅲ) 18円	以下のいずれかに該当 ・介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置 ・常勤職員(看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合)が75%以上 ・利用者へ直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上が30%以上
ただしサービス提供強化加算は条件を満たす項目のうち1項目のみをいただきます。				
医療連携体制加算Ⅰ *予防は除く	39円	78円	117円	・職員又は病院、訪問看護ステーションとの連携で看護師1名以上、24時間連絡体制確保 ・重度化した場合の対応指針を定め、入居者、家族に対して指針の説明と同意を得る。
入院費用	246円	496円	738円	入院後3か月以内に退院見込みで、退院後入居可能な体制が整っている場合に1月に6日を限度に算定
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円	400円	600円	医師が認知症のため、在宅生活が困難で、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当と判断した場合。7日間を限度
若年性認知症利用者受入加算	120円	240円	360円	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定める。 *認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定時は算定しません。
退居時相談援助加算	400円/回	800円/回	1,200円/回	・利用期間が1月を超え、退居後のサービスについて相談援助を行った場合。 ・利用者の介護状況を文書を添えて市町村等にサービスに必要な情報提供を行った場合

・介護職員処遇改善加算 I

処遇改善加算金額 = (介護サービス費と加算料金の月合計) × 11.1%

* 1円未満は四捨五入になります。

* 加算料金は条件を満たした金額の合計になります。

(2割負担の方は金額が2倍、3割負担の方は3倍になります)

・介護職員等特定処遇改善加算

特定処遇改善加算 I = (A、Bの月合計) × 3.1%

特定処遇改善加算 II = (A、Bの月合計) × 2.3%

* Bは前記加算金額表の条件を満たした金額の合計になります。

* I、IIのうち条件を満たすいずれかをいただきます。

* 1円未満は四捨五入になります。(2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります)

☆利用料金詳細

* その他の料金

・ 食費：食べられた食数（1食単位）での計算になります。

朝食 380円 昼食 500円 夕食 500円

* 1食でも食べられた場合は茶菓子代を含めたこととします。

・ おむつ代、日用品、医療品等、個人が使用するもの及び理美容料金

・ おむつ代（1枚） 紙おむつ100円、パット20円、フラット30円、はくパンツ100円

* その他利用者が負担することが適当と認められるものは実費負担となります。