

弥生台グループホームご利用料金表

1. グループホーム介護保険 2級地 10.72 円

イ. 認知症対応型共同生活介護費	単位数 (1日につき)	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	備考
認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)		月額(30日で算出)			
要支援2	748	24,056	48,112	72,167	【計算方法】 単位数×30日×10.72(地域単価) =月額報酬 月額報酬-(月額報酬×負担割合 ^{※4}) =利用者負担
要介護1	752	24,185	48,369	72,553	
要介護2	787	25,310	50,620	75,930	
要介護3	811	26,082	52,164	78,246	
要介護4	827	26,597	53,193	79,789	
要介護5	844	27,143	54,286	81,429	
ロ. 加算項目		(1日につき)			備考
入院時費用	246	264	528	792	1日につき(1月に6日を限度)
看取り介護加算					1日につき(イを算定する場合のみ)
死亡日以前31日以上45日以下	72	78	155	232	
死亡日以前4日以上30日以下	144	155	309	463	
死亡日の前日及び前々日	680	729	1,458	2,187	
死亡日	1280	1,373	2,745	4,117	
初期加算	30	33	65	97	1日につき(イを算定する場合のみ)
医療連携体制加算(Ⅰ)	39	42	84	126	1日につき(介護予防除く)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	7	13	20	1日につき

介護職員処遇改善加算(1月につき)	
-------------------	--

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数 ^{※1} ×11.1%)×10.72
---------------	---------------------------------------

特定介護職員処遇改善加算(1月につき)	
---------------------	--

特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数 ^{※1} (処遇改善加算を除く)×3.1%)×10.72
-----------------	---

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

参考:介護保険被保険者負担分

※1カ月、30日として、医療連携加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、特定介護職員処遇改善加算を含め計算

介護度	負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	
要介護1		29,067	58,133	87,199	※入居後30日間は別途、初期加算がかかります
要介護2		30,343	60,686	91,029	※ホームでの看取り介護が行われた場合、
要介護3		31,218	62,436	93,654	別途看取り介護加算がかかります
要介護4		31,802	63,604	95,406	※左記、計算は目安であり、外泊・入院等利用日数や
要介護5		32,421	64,841	97,262	端数処理によって異なる場合があります。

参考:(介護予防)被保険者負担分

※1カ月、30日として、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、特定介護職員処遇改善加算を含め計算

介護度	負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	
要支援2		27,498	54,996	82,494	※同上

2. 利用料

①家賃(1カ月)	39,000 円/月	
②食費(食材費)	36,000 円/月	(朝食300円、昼食400円、夕食400円、おやつ100円、1月を30日として計算)
③水光熱費	28,000 円/月	
④共益費	11,000 円/月	
合計	114,000 円/月	

※その他日常生活において通常必要となる経費で利用者が負担することが適当と認められる費用は実費となります。

3. 敷金

家賃の6カ月相当	234,000 円	退去時に部屋のクリーニング・補修費等を差し引いた金額を返還いたします。
----------	-----------	-------------------------------------