

料金表

[認知症対応型共同生活介護]

|    |      |      |       |       |                    |
|----|------|------|-------|-------|--------------------|
| 等級 | 7 級地 | 地域加算 | 10.14 | 事業所規模 | 認知症対応型共同生活介護費 (II) |
|----|------|------|-------|-------|--------------------|

|       | 算定単位 | 単位数    | 自己負担額 |         |         |
|-------|------|--------|-------|---------|---------|
|       |      |        | 1 割負担 | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 要支援 2 | /日   | 749 単位 | 760 円 | 1,519 円 | 2,279 円 |
| 要介護 1 |      | 753 単位 | 764 円 | 1,527 円 | 2,291 円 |
| 要介護 2 |      | 788 単位 | 799 円 | 1,598 円 | 2,397 円 |
| 要介護 3 |      | 812 単位 | 824 円 | 1,647 円 | 2,470 円 |
| 要介護 4 |      | 828 単位 | 840 円 | 1,679 円 | 2,519 円 |
| 要介護 5 |      | 845 単位 | 857 円 | 1,714 円 | 2,571 円 |

| 加算項目             | 算定単位                               | 単位数                | 自己負担額               |          |         |         |         |
|------------------|------------------------------------|--------------------|---------------------|----------|---------|---------|---------|
|                  |                                    |                    | 1 割負担               | 2 割負担    | 3 割負担   |         |         |
| 初期加算             | /日                                 | 30 単位              | 31 円                | 61 円     | 92 円    |         |         |
| 若年性認知症利用者受入加算    | /日                                 | 120 単位             | 122 円               | 244 円    | 365 円   |         |         |
| 看取り介護加算          | 死亡日以前 31 日以上 45 日以下                | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | /日                  | 72 単位    | 73 円    | 146 円   | 219 円   |
|                  |                                    | 死亡日以前 2 日又は 3 日以下  | /日                  | 144 単位   | 146 円   | 292 円   | 438 円   |
|                  |                                    | 死亡日                | /日                  | 680 単位   | 690 円   | 1,379 円 | 2,069 円 |
|                  |                                    | 死亡日                | /日                  | 1,280 単位 | 1,298 円 | 2,596 円 | 3,894 円 |
| 協力医療機関連携加算       | 相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合 | /月                 | 100 単位              | 102 円    | 203 円   | 305 円   |         |
| 協力医療機関連携加算       | 上記以外                               | /月                 | 40 単位               | 41 円     | 81 円    | 122 円   |         |
| 医療連携体制加算 I (ハ)   |                                    | /日                 | 37 単位               | 38 円     | 75 円    | 113 円   |         |
| 医療連携体制加算 II      |                                    | /日                 | 5 単位                | 5 円      | 10 円    | 15 円    |         |
| 退居時情報提供加算        |                                    | /回                 | 250 単位              | 254 円    | 507 円   | 761 円   |         |
| 退居時相談援助加算        |                                    | /回                 | 400 単位              | 406 円    | 812 円   | 1,217 円 |         |
| 生活機能向上連携加算 (I)   |                                    | /月                 | 100 単位              | 102 円    | 203 円   | 305 円   |         |
| 生活機能向上連携加算 (II)  |                                    | /月                 | 200 単位              | 203 円    | 406 円   | 609 円   |         |
| 栄養管理体制加算         |                                    | /月                 | 30 単位               | 31 円     | 61 円    | 92 円    |         |
| 口腔衛生管理体制加算       |                                    | /月                 | 30 単位               | 31 円     | 61 円    | 92 円    |         |
| 口腔・栄養スクリーニング加算   |                                    | /回                 | 20 単位               | 21 円     | 41 円    | 61 円    |         |
| 科学的介護推進体制加算      |                                    | /月                 | 40 単位               | 41 円     | 81 円    | 122 円   |         |
| 新興感染症等施設療養費      |                                    | /月                 | 240 単位              | 244 円    | 487 円   | 730 円   |         |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) |                                    | /月                 | 所定単位数の 178/1,000 加算 |          |         |         |         |

※「初期加算」は入居後 30 日間の介護保険料に加算されます ※「看取り介護加算」は要支援 2 の方は算定対象外です  
 ※「口腔・栄養スクリーニング加算」は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

|         |      |  |  |
|---------|------|--|--|
| 介護保険外費用 | 敷金   | 150,000 円 ※退去時にクリーニング代として精算し、残金は返金いたします              |  |
|         | 月額費用 | 134,640 円 (非課税/月額)<br>※医療費・日常生活品・おむつ代・理美容代は別途実費となります | 内訳<br>● 室料 ……75,000 円 ● 水道光熱費 …… 17,800 円<br>● 管理費 …… 9,000 円 ● 食材料費 …… 32,840 円 |