

## グループホーム成島園 利用料金

・認知症対応型共同生活介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護

保険対象額の自己負担分については、枠内左側を1割負担、中央を2割負担、右側を3割負担で表示しています。(単位:円)

①-1 8畳相当居室 16室(1ユニット8室)																
介護度	保険対象									保険対象 外	自己負担 計/1日			自己負担 計/30日		
	基本額			医療連携 体制加算 I			サービス提供 体制強化加算 Iイ				1割	2割	3割	1割	2割	3割
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		1割	2割	3割	1割	2割	3割
要支援2	745	1,490	2,235	0	0	0	18	36	54	居室利用料 1,350 光熱水費 550 食材料費 670 計 2,570	3,333	4,096	4,859	99,990	122,880	145,770
要介護1	749	1,498	2,247	39	78	117	18	36	54		3,376	4,182	4,988	101,280	125,460	149,640
要介護2	784	1,568	2,352	39	78	117	18	36	54		3,411	4,252	5,093	102,330	127,560	152,790
要介護3	808	1,616	2,424	39	78	117	18	36	54		3,435	4,300	5,165	103,050	129,000	154,950
要介護4	824	1,648	2,472	39	78	117	18	36	54		3,451	4,332	5,213	103,530	129,960	156,390
要介護5	840	1,680	2,520	39	78	117	18	36	54		3,467	4,364	5,261	104,010	130,920	157,830

①-2 10畳相当居室 2室(1ユニット1室)																
介護度	保険対象									保険対象 外	自己負担 計/1日			自己負担 計/30日		
	基本額			医療連携 体制加算 I			サービス提供 体制強化加算 Iイ				1割	2割	3割	1割	2割	3割
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		1割	2割	3割	1割	2割	3割
要支援2	745	1,490	2,235	0	0	0	18	36	54	居室利用料 1,600 光熱水費 600 食材料費 670 計 2,870	3,633	4,396	5,159	108,990	131,880	154,770
要介護1	749	1,498	2,247	39	78	117	18	36	54		3,676	4,482	5,288	110,280	134,460	158,640
要介護2	784	1,568	2,352	39	78	117	18	36	54		3,711	4,552	5,393	111,330	136,560	161,790
要介護3	808	1,616	2,424	39	78	117	18	36	54		3,735	4,600	5,465	112,050	138,000	163,950
要介護4	824	1,648	2,472	39	78	117	18	36	54		3,751	4,632	5,513	112,530	138,960	165,390
要介護5	840	1,680	2,520	39	78	117	18	36	54		3,767	4,664	5,561	113,010	139,920	166,830

※ 生活保護受給者の利用は8畳相当居室とし、居室利用料を上限として住宅扶助の限度額とする。

※ 生活保護受給者の利用限度人数は、2ユニット合計定員18名のうち1名とする。(老企40号のやむを得ない措置に準ずる)

② その他の加算項目(保険対象)				自己負担/1日		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割
初期加算 (入居日・再入居日から30日間のみ)	30	60	90			
若年性認知症利用者受入加算	120	240	360			
退去時相談援助加算(利用期間1月以上対象)	400	800	1,200			
看取り介護加算						
死亡日以前4日以上30日以下	144	288	432			
死亡日の前日及び前々日	680	1,360	2,040			
死亡日	1,280	2,560	3,840			
栄養スクリーニング加算 (6ヶ月に1回)	5	10	15			
認知症専門ケア加算 I	3	6	9			
介護職員処遇改善加算 I	※上記所定料金(保険対象外を除く)の11.1%増し					
介護職員等特定処遇改善加算 I	※上記所定料金(保険対象外を除く)の3.1%増し					

※認知症専門ケア加算 I がある方

1割負担の方1日あたり3円 30日あたりで90円上がります。  
2割負担の方1日あたり6円 30日あたりで180円上がります。  
3割負担の方1日あたり9円 30日あたりで270円上がります。

③ その他の経費(保険対象外)		実費 (直接払い)です。
・医療費・理美容・紙オムツ類・嗜好品及び複写物の実費		
・その他、日常生活において通常必要となるものに係る費用で利用者負担が適当と認められるもの		

10畳相当室を2人で利用の場合の居室利用料・光熱水費は下表の通りです。

1人当たり	金額/日	居室利用料	950	光熱水費	500
-------	------	-------	-----	------	-----

※上記表「保険対象」は、介護保険給付の自己負担額である1割・2割・3割を表示。

※ 外泊及び入院期間中も、契約期間は家賃負担があります。

※ 外泊及び入院期間中は、その初日と戻られた日を除き、光熱水費負担はありません。

※ 外泊及び入院期間中で、食事提供がない日は、食材料費負担はありません。

その他

利用者家族による「成島園家族会」が組織されており、各種事業が実施されています。

家族会費は、1ヵ年3,600円です。