

グループホーム介護サービス料金表

【日額】

令和4年10月1日～

該当:○	要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1割負担	①ご契約者のサービス利用料金	9,490円	9,540円	9,950円	10,220円	10,410円	10,600円
	②うち、介護保険から給付される金額	8,541円	8,586円	8,955円	9,198円	9,369円	9,540円
	③サービス利用に係る自己負担額 (①-②) (日額)	949円	954円	995円	1,022円	1,041円	1,060円
2割負担	④ご契約者のサービス利用料金	9,490円	9,540円	9,950円	10,220円	10,410円	10,600円
	⑤うち、介護保険から給付される金額	7,592円	7,632円	7,960円	8,176円	8,328円	8,480円
	⑥サービス利用に係る自己負担額 (④-⑤) (日額)	1,898円	1,908円	1,990円	2,044円	2,082円	2,120円
3割負担	⑦ご契約者のサービス利用料金	9,490円	9,540円	9,950円	10,220円	10,410円	10,600円
	⑧うち、介護保険から給付される金額	6,643円	6,678円	6,965円	7,154円	7,287円	7,420円
	⑨サービス利用に係る自己負担額 (⑦-⑧) (日額)	2,847円	2,862円	2,985円	3,066円	3,123円	3,180円
1~3割負担共通	⑩ 家賃 (日額)	1,700円	1,700円	1,700円	1,700円	1,700円	1,700円
	⑪ 共益費 (日額)	267円	267円	267円	267円	267円	267円
	⑫ 光熱水費 (日額)	410円	410円	410円	410円	410円	410円
	⑬ 食材料費 (日額) (食材料費及び調理費用相当分)	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円
1割	ア:自己負担額 (日額) (③+⑩+⑪+⑫+⑬)	4,326円	4,331円	4,372円	4,399円	4,418円	4,437円
2割	イ:自己負担額 (日額) (⑥+⑩+⑪+⑫+⑬)	5,275円	5,285円	5,367円	5,421円	5,459円	5,497円
3割	ウ:自己負担額 (日額) (⑨+⑩+⑪+⑫+⑬)	6,224円	6,239円	6,362円	6,443円	6,500円	6,557円

【月額】

該当:○	要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1割	⑭ サービス利用に係る自己負担額 (③×30日) (月額)	28,470円	28,620円	29,850円	30,660円	31,230円	31,800円
2割	⑮ サービス利用に係る自己負担額 (⑥×30日) (月額)	56,940円	57,240円	59,700円	61,320円	62,460円	63,600円
3割	⑯ サービス利用に係る自己負担額 (⑨×30日) (月額)	85,410円	85,860円	89,550円	91,980円	93,690円	95,400円
1~3割負担共通	⑰ 家賃 (月額) (④×30日)	51,000円	51,000円	51,000円	51,000円	51,000円	51,000円
	⑱ 共益費 (月額) (⑤×30日)	8,000円	8,000円	8,000円	8,000円	8,000円	8,000円
	⑲ 光熱水費 (月額) (⑥×30日)	12,300円	12,300円	12,300円	12,300円	12,300円	12,300円
	⑳ 食材料費 (月額) (食材料費及び調理費用相当分) (⑦×30日)	30,000円	30,000円	30,000円	30,000円	30,000円	30,000円
1割	ア:自己負担額 (月額) (⑭+⑰+⑱+⑲+⑳)	129,770円	129,920円	131,150円	131,960円	132,530円	133,100円
2割	イ:自己負担額 (月額) (⑮+⑰+⑱+⑲+⑳)	158,240円	158,540円	161,000円	162,620円	163,760円	164,900円
3割	ウ:自己負担額 (月額) (⑯+⑰+⑱+⑲+⑳)	186,710円	187,160円	190,850円	193,280円	194,990円	196,700円

【加算について】（加算説明の文頭の水文字は介護保険法報酬の告示と合わせています）
上記要介護度別サービス利用料金には、条件に応じた下記の加算料金が含まれています。

- 注3：夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜勤を行う介護職員又は宿直職員の合計数がユニット数に1を加えた以上であること。
夜間支援体制加算Ⅱ：1日につき25円
- 注6：入院および外泊された場合
入院・外泊時費用：1日あたり246円
（その日の翌日から6日間（当該入院および外泊が月をまたぐ場合最大12日間））を限度
- 注8：看取りに関する指針に基づいた介護体制において看取り介護計画を作成し、同意に基づいた介護が行われた場合
看取り介護加算：死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72円
：死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144円
：死亡日の前日及び前々日については1日につき680円
：死亡日については1日につき1,280円
また、このような場合には事前にご通知いたします。
- ハ：新規入所された場合、もしくは30日を超えて入院した後に施設へ戻られた場合
最初の30日間について初期加算：1日につき30円
- ニ：職員として看護師（准看護師は不可）を1名以上配置、もしくは病院や診療所、訪問看護事業所等と連携し、看護師を1名以上配置し、24時間連絡体制を確保している場合。
医療連携体制加算Ⅰ：1日につき39円
- ヘ：認知症介護について一定の経験を有し、指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が専門的な認知症介護サービスを提供した場合
□ **認知症専門ケア加算Ⅰ：1日につき3円**
□ **認知症専門ケア加算Ⅱ：1日につき4円**
- ト：訪問・通所リハビリテーション事業所又は、医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師の助言に基づき生活機能向上を目的とした介護計画を作成し、計画に基づくケアを実施した場合
□ **生活機能向上連携加算Ⅰ：1月につき100円**
□ **生活機能向上連携加算Ⅱ：1月につき200円**
- チ：管理栄養士が従業者に対して栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
栄養管理体制加算：1月につき30円
- リ：歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、かつ、施設における口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合
口腔衛生管理体制加算：1月につき30円
- ヌ：従事者が、利用開始時及び6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行った場合
口腔・栄養スクリーニング加算：1月につき20円
- ル：利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて提出した情報等を適切かつ有効にケアを提供するために情報を活用している場合
科学的介護推進体制加算：1月につき40円
- ラ-1：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合、又は、介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合
サービス提供体制強化加算Ⅰ：1日につき22円
- ラ-2：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ：1日につき18円
- ラ-3：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合、又は、看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上である場合、又は、直接処遇職員の総数のうち、勤続年数7年以上が占める割合が30%以上である場合
サービス提供体制強化加算Ⅰ：1日につき6円
- ワ：介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、介護職員処遇改善計画書を作成して都道府県知事に届け出た場合
□ **介護職員処遇改善加算Ⅰ：1月につき所定単位数の 111/1000 円**
□ **介護職員処遇改善加算Ⅱ：1月につき所定単位数の 81/1000 円**
□ **介護職員処遇改善加算Ⅲ：1月につき所定単位数の 45/1000 円**
- カ：ワのⅠ又はⅡを算定の上、介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施に関する計画を策定し、介護職員特定処遇改善計画書を作成して都道府県知事に届け出た場合
□ **介護職員特定処遇改善加算Ⅰ：1月につき所定単位数の 31/1000 円**
□ **介護職員特定処遇改善加算Ⅱ：1月につき所定単位数の 23/1000 円**
- ヨ：介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た場合
□ **介護職員等ベースアップ等支援加算：1月につき所定単位数の 23/1000 円**

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

□ ア：家賃	1カ月につき	51,000円
□ イ：共益費	1カ月につき	8,000円
□ ウ：光熱水費	1カ月につき	12,300円
□ エ：食材料費	1日につき	1,000円
□ オ：おむつ代	1袋につき	実費
□ カ：理美容		実費
□ キ：複写物の交付	1枚につき	10円
□ ク：レクの材料費	1材料につき	実費

貴施設より、令和4年10月1日付 介護報酬改正に伴う、介護サービス利用料金について、説明をうけましたので、同意致します。

令和____年____月____日

契約者

住所.....

印

氏名.....

署名代理人

住所.....

印

氏名.....

身元引受人

住所.....

印

氏名.....