

(介護予防) 認知症高齢者グループホーム つつじ 料金一覧表

1、 介護保険給付対象サービスの料金/介護サービス費

(介護保険法が定める法定料金・新宿区は1単位が10,90円となります)

介護保険法等に定められる、介護に要した費用について、介護保険負担割合証に記載された割合をご負担いただきます。介護に要する費用は要介護度別に定められます。

(1) 基本サービス料金 (1日当たり)

要介護 (要支援) 認定	単位数	費用合計 (円)	1日あたりのおよその自己負担額(円)		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援 2	749	9,613	962	1,923	2,884
要介護 1	753	9,668	967	1,934	2,901
要介護 2	788	10,115	1,012	2,023	3,035
要介護 3	812	10,420	1,042	2,084	3,126
要介護 4	828	10,627	1,063	2,126	3,189
要介護 5	845	10,845	1,085	2,169	3,254

※1 1日あたりの料金は1か月=30日で計算しております。

※2 上記の金額は介護職員処遇改善加算、特定処遇改加算を算定しています。

(2) 加算料金等 (1日当たり)

当事業所で算定する可能性のあるもののみ記載しています。

区分	単位数	区分	単位数	
夜間支援体制加算 (II)	25	初期加算 (入所及び1ヶ月以上の入院後、30日を限度)	30	
認知症行動心理症状緊急対応加算 (7日間を限度)	200		退去時相談援助加算 (1回を限度)	400
若年性認知症利用者受入加算	120	認知症専門ケア加算	I 3	
医療連携体制加算 (予防はなし)	I (イ)		47	II 4
	I (ロ)	47	生活機能向上連携加算 (1月につき)	
	I (ハ)	37		I 100
医療連携体制加算 II (予防はなし)	5	II 200	口腔衛生管理体制加算 (1月につき)	30
サービス提供体制 強化加算	I	22	科学的介護推進体制加算 (1月につき)	40
	II	18	口腔・栄養スクリーニング加算 (6月に1回を限度)	20
	III	6		
看取り 介護加算 (予防はなし)	死亡日以前31~45日	72	協力医療機関連携加算 I (1月につき)	100
	死亡日以前4~30日	144	入院時費用 (1月につき6日を限度)	246
	死亡日及び前々日	680		
	死亡日	1280		
介護職員等処遇改善加算 (II)	所定単位数に17.8%を乗じた単位数			

2、 介護保険給付対象外サービスの料金

(1) 所定料金（生活保護受給の方については、別途定めます）

項目	1ヶ月あたりの 自己負担額(円)	1日あたりの 自己負担額(円) ※1
家賃 ※2	70,000	2,333
食費	40,000	1,333
光熱水費	20,000	666
合計	130,000	4,332

※1 1日あたりの料金は1カ月＝30日で計算しております。

※2 外泊・入院等により、実際に居室の使用がない場合でも、契約が継続しており、当該居室が利用者のために確保されている期間に関しましては、入院・外泊の翌日からも家賃をご負担いただきます。

(2) その他の料金

サービスの種類		金額 (円)	単位	備考
日用品費	歯ブラシ	110	1本	提供品のメーカー等は予告なく変更になる場合があります。
	歯磨き粉	209	1本	
	口腔ケアウエットティ (本体)	660	1本	
	口腔ケアウエットティ (詰替)	572	1袋	
	舌ブラシ	250	1本	
	入れ歯洗浄剤	687	1箱	
	BOXティッシュ (5箱入り)	429	1パック	
持ち込み家電電気代		100	1日当たり	品目問わず
領収書再発行		200	1枚	希望者のみ
コピー代		20	1枚	希望者のみ
買い物代行手数料		40	1日当たり	希望者のみ
理美容代		実費	外部店舗所定の料金等	希望者のみ
おむつ代		実費	必要時	希望者のみ
予防接種等の料金				
趣味活動の材料費				
行政手続きにかかる交通費 (往復)				
その他、日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担する事が適当と認められる費用				

3、 欠食（外出・外泊等により食事の提供をうけない場合）の費用負担の取り扱い

届け出提出状況 対象利用者	前日の午後5時までに欠食届け が施設にて受理された場合	左記以降に欠食届けがホームに て受理された場合
利用者全員	食事提供数分の費用請求となります。	欠食予定日においても、1食も食事提供がない場合でも、1日分の食費をご負担いただきます。 外泊の場合、2日目以降は左記と同様の取り扱いとなります。

※体調不良等により、緊急受診・入院となった場合につきましては、食事提供分のみの請求となります

【協力医療機関等】

協力医療機関(1)	医療法人社団悠翔会 「悠翔会在宅クリニック新宿」	第2・第4木曜日 (※1・※2・※3)
協力医療機関(2)	医療法人社団緑豊会 「菊川おおにし歯科・矯正歯科」	毎週火・水曜日 (※1・※2・※3)
協力医療機関(3)	独立行政法人地域医療機能推進機構 「東京メディカルセンター」(※4) (旧東京厚生年金病院)	

※1 お体等のご様子により、必要に応じて診察を受けて頂きます。

※2 診察予定日が祝祭日の場合は、診察等はありません。

※3 診察日・診察時間は医師等及び施設の都合により予告なく変更になる場合があります。

※4 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京メディカルセンターでの優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、診療・入院治療を強制するものでもありません。

○医師等にご相談がある場合は、必ず事前に事業所までお申し出下さい。