

医療法人湖青会 高齢者グループホームゆとり 利用料金表

令和7年4月1日

		負担割合	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	認知対応型共同生活介護Ⅱ 基本サービス費 (1日につき)	単位数	749単位	753単位	788単位	812単位	828単位	845単位
		1割負担	783円	787円	824円	850円	866円	883円
		2割負担	1,566円	1,574円	1,647円	1,697円	1,731円	1,766円
		3割負担	2,348円	2,361円	2,471円	2,546円	2,596円	2,649円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき)	単位数			22単位			
		1割負担			24円			
		2割負担			46円			
		3割負担			69円			
	認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき)	単位数			3単位			
		1割負担			4円			
		2割負担			7円			
		3割負担			10円			
医療連携体制加算Ⅰ(Ⅷ) (1日につき)	単位数			37単位				
	1割負担			40円				
	2割負担			78円				
	3割負担			117円				
医療連携体制加算Ⅱ (1日につき)	単位数			5単位				
	1割負担			6円				
	2割負担			11円				
	3割負担			16円				
協力医療機関連携加算 (1月につき)	単位数			100単位				
	1割負担			105円				
	2割負担			209円				
	3割負担			314円				
高齢者施設等感染対策向上加算 (1月につき)	単位数			10単位				
	1割負担			10円				
	2割負担			21円				
	3割負担			32円				
生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき)	単位数			10単位				
	1割負担			10円				
	2割負担			21円				
	3割負担			32円				
科学的介護推進体制加算 (1月につき)	単位数			40単位				
	1割負担			42円				
	2割負担			84円				
	3割負担			126円				
処遇改善関連加算率18.6%		単位数	4,644単位	4,666単位	4,864単位	5,000単位	5,090単位	5,187単位
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×18.6%(1月につき)	1割負担	4,853円	4,876円	5,083円	5,225円	5,320円	5,420円	
	2割負担	9,705円	9,753円	10,166円	10,450円	10,639円	10,840円	
	3割負担	14,558円	14,629円	15,249円	15,675円	15,959円	16,260円	
	介護保険適用外の							
介護保険適用外の	居住費(1日)水道光熱費・共益費含む					3,300円		
	食費(1日) 朝食500円、昼食690円、夕食700円					1,890円		
	おやつ(1日)					110円		
	水道光熱費(1日)					—		
	共益費(1日)					—		
1月あたりの介護保険自己負担額		1割負担	192,180円	192,329円	193,679円	194,583円	195,186円	195,797円
介護保険適用外の自費負担額(30.4日)		2割負担	223,119円	223,385円	226,024円	227,834円	229,069円	230,322円
		3割負担	254,000円	254,475円	258,434円	261,118円	262,925円	264,849円

介護給付費は単位数で表示され、暦月ごとの単位数合計に地域区分割合10.45を乗じて換算します。
 大津市は地域区分5級地に該当し、当事業所の(介護予防)認知症対応型共同生活介護費は1単位を地域区分割合10.45円で換算します。

入居時預託金300,000円(利用料滞納・原状回復が必要な場合に充当する費用)
 利用料等の滞納金に充当する費用、又はご利用者の責に基づき施設及び備品を汚損、破壊、滅失したとき、居室の原状を変更したときは、原状に回復する費用として、当事業所が指定する口座に入居時預託金を預託するものとします。
 ご利用者が退居するときは、当事業所は預託金を返還します。但し利用料等の滞納金、原状に回復する費用が必要な場合は、預託金からそれを差し引きて退居した日から30日以内に返還します。

利用者により必要な費用

項目	利用料金	備考
教養娯楽費	実費相当分	材料費等
理容代	1回 2,600円	業者に依頼
※電気器具持込代	1機種 50円 / 1日当たり	利用者持ち込みの電機器具使用料
※おむつ代	1枚 170円	当事業者で用意した場合
健康管理費	実費相当分	インフルエンザ予防接種等

※印は別途消費税が加算されます。

この利用料金表は、通常ご利用する場合の概算月額利用料金を示しています。
 ご利用者の状態とご利用状況によって、別の加算項目を算定する場合があります。
 詳細については、重要事項説明書に記載していますので、ご利用時にご確認ください。
 利用料金表は、介護報酬改定ならびに当事業所の体制届出状況等により変更することがあります。