

<利用料金> (2024 年 6 月 1 日から)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

・介護保険自己負担分 (1 か月が 30 日・1 割負担の場合)

介護度	単位/日	単位数単価	利用料/月	介護保険給付額	自己負担/月
要支援 2	761	10.72	244,737 円	220,263 円	24,474 円
要介護 1	765	10.72	246,024 円	221,421 円	24,603 円
要介護 2	801	10.72	257,601 円	231,840 円	25,761 円
要介護 3	824	10.72	264,998 円	238,498 円	26,500 円
要介護 4	841	10.72	270,465 円	243,418 円	27,047 円
要介護 5	859	10.72	276,254 円	248,628 円	27,626 円

※単位数単価とは地域ごとに定められる上乗せ割合とサービス種別によって定められる人件費割合のこと。
大阪市のグループホームは単位数に 10.72 を掛けた金額となります。

1. 初期加算 30 単位/日

入居した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日につき 30 単位を加算する。

費用総額/日	321 円
介護保険給付額	288 円
自己負担額	33 円

2. 医療連携体制加算 I 37 単位/日

費用総額/月	11,899 円
介護保険給付額/月	10,709 円
自己負担額/月	1,190 円

3. サービス体制強化加算 I 22 単位/日

費用総額/月	7,075 円
介護保険給付額/月	6,367 円
自己負担額/月	708 円

4. 認知症チームケア推進加算 II 120 単位/月

費用総額/月	1,286 円
介護保険給付額/月	1,157 円
自己負担額/月	129 円

5. 協力医療機関連携加算 I 100 単位/月

費用総額/月	1,072 円
介護保険給付額/月	964 円
自己負担額/月	108 円

6. 口腔衛生管理体制加算 30 単位/月

費用総額／月	321 円
介護保険給付額／月	288 円
自己負担額／月	33 円

7. 高齢者施設等感染対策向上加算 15 単位／月

費用総額／月	160 円
介護保険給付額／月	144 円
自己負担額／月	16 円

8. 口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位／6 ヶ月に 1 回

費用総額／回	214 円
介護保険給付額／回	192 円
自己負担額／回	22 円

9. 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 I	算定した単位数の 1000 分の 186 に相当する 単位数（1 月につき）
--------------	---

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

- 以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。
- ・ 敷金 300000 円※退去時の修繕等に必要な料金、または利用料金の未払いがあった場合の支払金として使用し、残金は退去時に返金致します。
 - ・ 家賃 70000 円/月（トイレ設置の居室は 75000 円）
 - ・ 共益費 25000 円/月※30 日計算の為、日割りの場合は 1 日 830 円
 - ・ 食費 朝食⇒300 円、昼食⇒700 円、夕食⇒700 円、おやつ⇒150 円（1,850 円/日）
※一月 30 日の場合 55,500 円。
 - ・ おむつ代
 - ・ その他医療費、理美容代その他生活消耗品に係る費用は実費負担となります。

		彰F 念棒^ L U														
		堙● . 笈					堙● . 禾				/ 075 U H 嗽U 從 樺 挺昔					
	0 J 禾	一 軋U H	Φ 啡扑pH ā 々 堙 I	0 f ā A ā 々 〃 ∞ 堙I	✓從	0 J 禾U H	低喰唱 I f i . rad払 堙輪I 構	〃〃 Φ 啡 椰撫扑pH 堙	≈ 突建啞 騰吮ā 々 堙	嚙粒嫗莊 德堆U以 ≈ 堀U 6 堙輪I I 構	↗ 律U 從	v 拭舛」I	U 從1	¥ 0 / -61	0 - 情 ^{AL}	
彰F 念棒	17 笈	7 / 0	26	11	75 /	13 7 / 7	01 /	0 / /	2 /	04	13 2 34	3 4 17	17 7 62	2 / 8 408	2 / 8 41	
	2 / 笈	7 / 0	26	11	75 /	14 7 / /	01 /	0 / /	2 /	04	15 7 54	3 7 37	2 / 8 02	220 2 76	22 0 28	
	20 笈	7 / 0	26	11	75 /	15 6 5 /	01 /	0 / /	2 /	04	15 8 14	4 7 / 7	20 8 22	231 2 11	23 4 21	

30 日の場合

I 割負担の場合の介護保険請求は 33,139 円
家賃：70,000 円、 共益費：25,000 円 食費（朝・昼・夕・おやつ全て食べた場合）55,500 円
全て込みで 183,639 円