

グループホーム日和野 料金表

事業所番号 1690100142

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本料金(1日)	761円	765円	801円	824円	841円	859円	
月額(30日)	22,830円	22,950円	24,030円	24,720円	25,230円	25,770円	
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	37円×30日=1,110円						
介護保険対象	口腔衛生管理体制加算	1ヶ月 30円					
	栄養管理体制加算	1ヶ月 30円					
	科学的介護推進体制加算	1ヶ月 40円					
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	1ヵ月 10円					
	高齢者等感染対策向上加算Ⅱ	1ヵ月 5円					
	協力医療機関連携加算	1ヵ月 100円					
	介護職員処遇改善加算Ⅱ(17.8%)	4,102円	4,321円	4,513円	4,636円	4,727円	4,823円
	地域区分 7級地(1.4%)	380円	401円	418円	430円	438円	447円
	介護保険対象外	部屋代	60,000円				
食材料費		普通食(ムース食) 1日 1,800円×30日=54,000円					
水道光熱費		13,000円					
夏季冷房費 ※7月～9月		5,000円					
冬季暖房費 ※11月～4月		5,000円					
合計	1ヵ月あたり(30日) (冷暖房費なしで算定)	154,527円	155,997円	157,286円	158,111円	158,720円	159,365円

※1割負担での金額です。

【対象の方に加算】

初期加算	30円/日	入居から30日間、又は医療機関に1ヵ月以上入院後再入居した場合
若年性認知症利用者受入加算	120円/日	65歳未満の方
認知症専門ケア加算Ⅰ	3円/日	日常生活自立度Ⅲ 以上の認知症のある方
口腔・栄養スクリーニング加算	20円/回	6月に1回
入退院支援の取り組み	246円/日	病院又は診療所への入院を要した場合1月に6日を限度
看取り加算 (介護度1～5)	72円/日	死亡日以前31日以上45日以下
	144円/日	死亡日以前4日以上30日以下
	680円/日	死亡日以前2日又は3日
	1,280円/日	死亡日

※所得により1割負担・2割負担・3割負担の方がおられますので、お手持ちの介護保険負担割合証をご確認下さい。

★その他にかかる料金

※医療機関にかかった場合の医療費

※紙おむつ・リハビリパンツ等

※レクリエーション参加費

※理髪代

※クリーニング代 他

★見学時は、随時受け付けております。

なお、詳しい説明ご希望の方は、事前にお申し込み下さい。

協力医療機関

- 浅地内科医院
- さわだ歯科クリニック
- 水野歯科医院

協力介護機関

- 特別養護老人ホーム白光苑

