

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
サービス利用者負担説明書(令和4年10月1日～)

●地域区分による1単位あたりの単価 10,27円 (6級地)

ご利用者負担 = 「利用単位数」 × 「1単位あたりの単価」 のご利用者負担割合

介護報酬の1単位あたりの単価は、「地域」および「サービスの種類」によって異なります。
当該サービスにおける東松山市（6級地）の1単位あたりの単価は10,27円となり、ご利用者負担は上記計算により算出されます。

この「利用者負担説明書」においては、各項目の単位数の右側に、上記を加えた利用者負担額（1割、2割、3割）を記載しております。

なお、地域加算は、月ごとの総単位数に対して加算されるため、ご利用者負担額の単価の積算額と実際の請求総額に若干の差異が生じる可能性があります。

《自己負担割合について》

利用負担割合は、各市町村より交付されております『介護保険負担割合証』に記載されております。
『介護保険負担割合証』の変更や更新がありましたら速やかに事業所へご提示くださいますようお願いいたします。

《保険給付の自己負担額》※単位数の右側に記載された額が利用者負担額になります。負担割合については、市町村から交付される『介護保険負担割合証』に記載されております。そちらをご参照くださいますようお願いいたします。

※令和3年9月30日までの間は、認知症対応型共同生活介護費のイ及びロについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

1 保険給付の自己負担額 ※単位数の右側が実際の利用者負担額になります。

イ（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（I）（1日につき）

要支援・要介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援2	760単位	781円	1,561円	2,342円
要介護1	764単位	785円	1,570円	2,354円
要介護2	800単位	822円	1,644円	2,465円
要介護3	823単位	846円	1,691円	2,536円
要介護4	840単位	863円	1,726円	2,588円
要介護5	858単位	882円	1,763円	2,644円

夜間支援体制加算(1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
夜間支援体制加算(Ⅰ)	50単位	52円	103円	154円

※夜勤を行う職員を基準以上配置する場合に加算されます。

若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	120単位	124円	247円	370円

※64歳以下(65歳未満)の方に加算されます。

ロ (介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)(1日につき)

要支援・要介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援2	788単位	810円	1,619円	2,428円
要介護1	792単位	814円	1,627円	2,440円
要介護2	828単位	851円	1,701円	2,551円
要介護3	853単位	876円	1,752円	2,628円
要介護4	869単位	893円	1,785円	2,678円
要介護5	886単位	910円	1,820円	2,730円

入院時費用 (1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	246単位	253円	506円	758円

※利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定します。

看取り介護加算(1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
死亡日以前31日以上45日以下	72単位	74円	148円	222円
死亡日以前4日以上30日以下	144単位	148円	296円	444円
死亡日以前2日又は3日	680単位	699円	1,397円	2,095円
死亡日	1,280単位	1,315円	2,629円	3,944円

※医師が一般的医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した方に対し、介護計画を作成し、医師、密接な連携を確保できる範囲内等にある病院等の看護師と共同して介護を行う等により加算されます。

ハ 初期加算 (1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	30単位	31円	62円	93円

※当事業所に入居した日から30日の期間について、または、30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した日から起算して30日の期間について加算されます。

ニ 医療連携体制 加算(1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	39単位	40円	80円	120円

※看護師の配置、重度化への対応指針策定等、一定の要件を満たした場合に加算されます。

ホ 退所時相談援助加算 (1回)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	400単位	411円	822円	1,233円

※退居後、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合に、ご利用者、ご家族の同意を得て、地域包括支援センター等に介護状況を示す文書等によりサービスに必要な情報を提供した場合に加算されます。

ヘ 認知症専門ケア 加算(1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	5円	9円	13円

※人材の質の確保や、一定割合で認知症利用者がいる場合など、一定の要件を満たした場合に加算されます。

ト 生活機能向上連携 加算(1月につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	103円	206円	309円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	206円	411円	617円

チ 栄養管理体制加算 (1月につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	30単位	31円	62円	93円

※管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

リ 口腔衛生管理体制 加算（１月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	30単位	31円	62円	93円

※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回以上行っている場合

ヌ 口腔・栄養スクリーニング加算（１回につき/6月に1回を限度）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	20単位	21円	41円	62円

ル 科学的介護推進体制加算（１月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	40単位	41円	82円	123円

ヲ サービス提供体制強化加算（１日につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位	23円	45円	68円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位	19円	37円	56円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位	7円	13円	19円

※人材の質の確保や、研修や会議の実施など、一定の要件を満たした場合に加算されます。

ワ 介護職員処遇改善加算（１月につき）	単位数
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（所定単位×111／1000）単位
・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	（所定単位×81／1000）単位
・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	（所定単位×45／1000）単位

※職員の賃金改善計画の策定と実施や、資質向上のための計画作成、研修の実施などの要件を満たした場合に加算されます。

カ 介護職員等特定処遇改善加算（１月につき）	単位数
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（所定単位×31／1000）単位
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	（所定単位×23／1000）単位

※介護職員やその他職種の処遇改善に関する対策を行っている事業所に加算されます。

注1) 所定単位は、イからヲまでにより算定した単位数の合計

注2) 上記単位に地域区分による単価を乗じた金額の利用者負担割合が自己負担となります。

ヨ 介護職員等ベースアップ等支援加算（１月につき）	単位数
・介護職員等ベースアップ等支援加算	（所定単位×２３／１０００）単位

介護職員処遇改善加算のいずれかを算定し、介護職員等への賃上げ効果に資する取り組みを実施している場合

* 上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

２ 保険給付外費用

- ☐ 家賃 45,000円
 ※生活保護受給者への家賃の減額の場合 41,500円
 減額を希望される方は、「共生型多機能センター利用料減額申請書」をご提出ください。
- ☐ 食材料費 36,000円
- ☐ 水道光熱費 20,000円
- ☐ 教養娯楽費 実費
 レクリエーション等で使用する材料費であり、施設で用意するものをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。
- ☐ おむつ代
- ・ 紙おむつ 140円
 - ・ パンツタイプ 180円
 - ・ 尿取りパット 40円
- ☐ 死後のケア（総合福祉エリア訪問看護利用の場合） 10,000円（税込）

○長期不在等における利用料の請求について

- 家賃 … １ヶ月分（長期不在時も毎月定額徴収）
- 水道光熱費 … １週間未満の不在： １か月分
 １週間を超える不在： 基本料金 1,000円＋（１日当たり 650円×利用日数）
 １ヶ月を超える不在： 全日不在の月については基本料金 1,000円
- 食費 … １食当たり 400円×提供食数

☐ 区分支給限度基準を超える単位

区分支給限度基準額を超える単位数については、区分支給限度額の対象外である加算も含めて全額自己負担となります。

認知症対応型共同生活介護サービスの利用にあたり、本書面に基づいて利用者負担の説明を行いました。

事業所 所在地 東松山市松葉町2丁目5番地37

名 称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会
グループホームあすみーる

説明者 所 属 在宅福祉課 共生型多機能センター係
氏 名

上記内容の説明を受け、サービスを利用した場合には、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印