

特別養護老人ホームわらび園
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス料金表
 (令和元年10月1日改定)

1. 介護給付・介護予防給付サービスによる料金(重要事項説明書4-(1))

下記の表によって、ご利用者の「要介護度」と「滞在する居室の種類」に応じたサービス料金をあなたからご負担いただきます。(法定利用料に基づく金額) (日額)
 尚、下記に示した料金は1割の負担金額となります。負担割合につきましては、1割または、一定以上の所得のある方は2割から3割のご負担となります。

介護給付サービス	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室 (併設型短期入所生活介護費Ⅰ)	¥586	¥654	¥724	¥792	¥859
多床室 (併設型短期入所生活介護費Ⅱ)	¥586	¥654	¥724	¥792	¥859

介護予防給付サービス	要支援1	要支援2
従来型個室 (併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅰ)	¥438	¥545
多床室 (併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅱ)	¥438	¥545

2. その他介護給付・介護予防給付サービス加算

下記の表による「加算料金」を、あなたからご負担いただきます。(法定利用料に基づく金額)

機能訓練加算(日額)	¥12	機能訓練指導員を専従で配置しています。この体制による加算料金です。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	¥18	当事業所では介護職員総数のうち、介護福祉士を60%以上配置しています。この体制による加算料金です。
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	¥13	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回って配置しています。この体制による加算料金です。 ※予防の方は対象外となっています。
看護体制加算(Ⅰ)	¥4	当事業所では常勤の看護師を1名以上配置しています。この体制による加算料金です。 ※予防の方は対象外となっています。
看護体制加算(Ⅱ)	¥8	当事業所では、看護職員を入所者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置している事、または医療関係機関等の連携により 24時間連絡体制を確保し、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していることによる加算料金です。 ※予防の方は対象外となっています。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	※1	※1: 所定単位数にサービス別加算率(8.3%)を乗じた単位数を算定します。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	※2	※2: 所定単位数にサービス別加算率(2.7%)を乗じた単位数を算定します。

3. 下記の条件に該当した時のみ頂く料金です。

送迎加算(片道)	¥184	あなたやご家族の状況から、送迎を行う必要があると認められ、ご自宅と事業所との間の送迎を行った場合の加算料金です。
療養食加算(日額)	¥8	医師の発行する食事せんに基づき、適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に1日3食を限度とした、1食あたりの加算料金です。
緊急短期入所受入加算	¥90	当事業所では、あなたの状態や家族等の事情により居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急的に利用した場合、利用を開始した日から7日を限度にいただく加算です。
長期利用者に対する短期入所生活介護	¥-30	連続して30日を越えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している場合、短期入所生活介護を受けている利用者に対して所定の単位数より減算を行う。

4. その他の介護保険の給付対象とならないサービス(重要事項説明書4-(3))

(1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

朝食(¥460)	昼食(¥590)	夕食(¥590)
----------	----------	----------

上記金額の内、ご利用者の「利用者負担段階」に応じたサービス料金を、あなたからご負担いただきます。

利用者負担段階	料 金
第1段階	日額 ¥300を上限
第2段階	日額 ¥390を上限
第3段階	日額 ¥650を上限
第4段階	料金表通りの負担額

(2) 滞在に要する費用(光熱水費及び室料)

下記の表によって、「滞りする居室の種類」、ご利用者の「利用者負担段階」に応じたサービス料金を、あなたからご負担いただきます。

①従来型個室 (日額)

利用者負担段階	料 金
第1段階	¥320
第2段階	¥420
第3段階	¥820
第4段階	¥1,171

②多床室 (日額)

利用者負担段階	料 金
第1段階	¥0
第2段階	¥370
第3段階	¥370
第4段階	¥855

(3)電気器具使用料

電気器具使用料	テレビ・電気毛布・電気アンカ など
	1日 30円
	テレビレンタル料
	1泊 100円

※テレビレンタル料の算定はご宿泊日数で計算します。

(4)日常生活品費

日常生活品費	本人の選定による日常生活用品を購入した場合には、実費相当額をご負担頂きます。
--------	--

上記の利用料金について同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名 _____ 印 _____

(代筆者 _____)

※2部作成し1部はご利用者、もう1部は事業所が保管