

ショートステイサービスセンター国津園 利用料金表 (令和6年4月1日～)

◆ 介護保険内サービス

1 介護保険内サービス利用料金

※一日につき

| | | | | | | | |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| 自己負担額 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 多床室/個室 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |

2 対象加算項目

(1) 体制加算

| 加算項目 | 単位数/日 | 介護専用 | 介護空床 | 予防専用 | 予防空床 | 概要 |
|--------------------|---------------------|------|------|------|------|--|
| 看護体制加算 (I) | 4単位/日 | × | ○ | △ | △ | 常勤の看護師を1名以上配置している |
| 看護体制加算 (II) | 8単位/日 | × | ○ | △ | △ | 看護職員が「配置基準より1人以上」上回っている 「30人・51人以上」 |
| 看護体制加算 (III) | 12単位/日 | × | × | △ | △ | 看護体制加算 I の要件を満たし、要介護3以上の利用者が70%以上 |
| 看護体制加算 (IV) | 23単位/日 | × | × | △ | △ | 看護体制加算 II の要件を満たし、要介護3以上の利用者が70%以上 |
| 夜勤職員配置加算 (III) | 15単位/日 | ○ | ○ | △ | △ | 夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っている (略痰吸引等の実施ができる体制) |
| 機能訓練体制加算 | 12単位/日 | ○ | ○ | ○ | ○ | 機能訓練指導員を配置している場合 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | 22単位/日 | ○ | ○ | ○ | ○ | 介護福祉士80%以上又は勤続10年以上の介護福祉士35%以上配置されている |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 18単位/日 | × | × | × | × | 介護福祉士60%以上配置されている |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 6単位/日 | × | × | × | × | 介護福祉士50%以上又は常勤75%以上又は勤続7年以上30%以上配置されている |
| 個別機能訓練加算 | 56単位/日 | × | × | × | × | 機能訓練指導員を配置し、個別計画の作成実施を行っている |
| 認知症専門ケア加算 (I) | 3単位/日 | × | × | × | × | 認知症介護に関する専門的な研修を終了した者を基準以上配置し、専門的な認知症ケアを実施した場合に加算 |
| 認知症専門ケア加算 (II) | 4単位/日 | × | × | × | × | 認知症介護の指導に関する専門的な研修を終了した者を基準以上配置し、認知症ケアの指導等を実施した場合に加算 |
| ※生産性向上推進体制加算 I | 100単位/月 | ○ | ○ | ○ | ○ | 生産性向上推進体制加算 (II) のデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合。 |
| ※生産性向上推進体制加算 II | 10単位/月 | ○ | ○ | ○ | ○ | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会の設置や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う。 |
| 介護職員等処遇改善加算 | 月の総単位数の 1000分の83 | ○ | ○ | ○ | ○ | 厚生労働省が定める基準に適合し、介護職員の賃金の改善等を実施している場合 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 月の総単位数の 1000分の27 | ○ | ○ | ○ | ○ | 厚生労働省が定める基準に適合し、介護職員の賃金の改善等を実施している場合 |
| ベースアップ支援加算 | 月の総単位数の 1000分の16 | ○ | ○ | ○ | ○ | 厚生労働省が定める基準に適合し、介護職員の賃金の改善等を実施している場合 |

注) ショートステイ専用ベッドの利用と特別養護老人ホームの入院及び外泊等の空きベッドの (空床) 利用は加算が異なります。(特別養護老人ホームとショートステイの人員配置が異なるため)

注) 体制加算表の【介護専用・予防専用】はショートステイ専用ベッド利用、【介護空床・予防空床】は特別養護老人ホームの空きベッド利用となります。

注) 【介護専用・介護空床】は、要介護1～5の方、【予防専用・予防空床】は要支援1及び要支援2の方が対象となります。

(2) サービスの利用状況によりかかる加算 発生時の加算となります。通常時は算定ありません

| | | | | | | |
|------------------|-------------------|---|---|---|---|--|
| 送迎加算 (片道につき) | 184 単位/日 | ○ | ○ | ○ | ○ | 利用者の心身の状態、家族の事情等により送迎が必要な利用者に、居宅と事業所間の送迎を行った場合 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 単位/日 | ○ | ○ | ○ | ○ | 認知症の行動・心理症状により緊急の利用が必要であると判断された場合、利用開始日より7日間を限度に加算 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 120 単位/日 | ○ | ○ | ○ | ○ | 若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供をおこなった場合 |
| 療養食加算 | 8 単位/回 | ○ | ○ | ○ | ○ | 疾病治療の手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供する療養食の提供をおこなった場合 |
| 緊急短期入所受入加算 | 90 単位/日 | ※ | ※ | / | / | ケアプランに位置づけられていない緊急な受入を行った場合に7日間 (介護者の疾病は14日間) |
| 医療連携強化加算 | 58 単位/日 | × | × | / | / | 重度者受入の際に緊急時対応の体制を整備した場合 |
| ※看取り連携体制加算 | 64 単位/日 | ※ | ※ | ※ | ※ | 看護体制の要件を満たし、看取り期の対応を行った場合 |
| 長期利用者に対する減算 | ▲30 単位/日 | ※ | ※ | / | / | 連続して30日を超えて利用した場合31日目以降 |
| ※長期利用の適正化 | 介護福祉施設サービス費の単位数/日 | ※ | ※ | / | / | 連続して60日を超えて利用した場合61日目以降 |

◆介護報酬1単位当たりの単価

短期入所生活介護は、人件費割合の見直しにより、1単位当たりの単価10.17円となります。従いまして、重要事項説明書に一部記載のある介護保険一部負担額は給付単位数に10.17円を乗じた費用の1割となり、介護保険で給付される額は、給付単位数に10.17円を乗じた費用の9割となります。

3 食 費 ・ 居 住 費

| サービス項目 | | 金額 (円) | | 概 要 |
|--------|-------|--------|--------|--|
| 食 費 | 第1段階 | 300円 | | 利用者に提供する食事の材料費及び調理費において、実費相当額の範囲内にて負担頂きます。実際に提供した食数に応じて頂きます。 第1段階～3段階の方 (朝食375円、昼食485円、夕食585円) 介護保険負担限度額認定証をお持ちでない方は4段階の金額となります。(朝食430円、昼食550円、夕食650円) |
| | 第2段階 | 600円 | | |
| | 第3段階① | 1,000円 | | |
| | 第3段階② | 1,300円 | | |
| | 第4段階 | 1,630円 | | |
| 居住費 | | (多床室) | (個室) | 概 要 |
| | 第1段階 | — 円 | 320円 | 光熱水費相当額及び室料 施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費相当額及び室料 (建築設備等の減価償却費等) をご負担頂きます。(介護保険負担限度額認定証をお持ちでない方は4段階の金額となります) |
| | 第2段階 | 370円 | 420円 | |
| | 第3段階① | 370円 | 820円 | |
| | 第3段階② | 370円 | 820円 | |
| | 第4段階 | 870円 | 1,200円 | |

◆ 介 護 保 険 外 サ ー ビ ス

| 項 目 | 金 額 | 概 要 |
|----------|--------|---|
| 嗜好品代 | 120円/日 | おやつ及びジュース等にかかる費用として嗜好品代をいただきます。 |
| 理髪・美容代 | 実費 | 月に1回理・美容師の出張によるサービスをご利用頂けます。 |
| レクリエーション | 実費 | 利用者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことができます。クラブ活動には活動費として100円/回と材料費として実費を頂きます。 |
| テレビレンタル料 | 100円/日 | 各居室において使用されるテレビについては、原則共有のテレビを利用することと致しますが、ご希望の方につきましては当施設においてテレビの貸し出しを行います。(コンセント使用料含む) |
| コンセント使用料 | 50円/日 | 各居室において電気機器を使用される場合はコンセント1つにつき使用料を頂きます。但し、電気機器については半日以上継続して利用する機器とし、短時間使用のもの及び介護機器についての使用は除きます。 |
| 複写物の交付 | 10円/枚 | ご契約者は、サービスについての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とされる場合は実費を頂きます |

| | | |
|-----------------|----|--|
| 日常生活上必要となる諸費用実費 | 実費 | 日常生活用品の購入代金等、ご契約者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用をご負担頂きます。また、業者による衣類・嗜好品販売を利用された場合も実費をご負担頂きます。 |
|-----------------|----|--|

◆ 利用者の負担割合について

利用者負担について、所得に応じて負担の割合が異なります。

要支援・要介護認定を受けている被保険者に各自の負担割合を記載した「介護保険負担割合証」を介護サービスを利用される際に、介護保険被保険者証と併せてサービス提供事業所に提示してください。

平成30年8月1日から適用される利用者負担割合

| | | | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|------|
| 本人が市民税を課税されている場合 | 本人の合計所得金額が160万円以上 | 同一世帯の65歳以上の方の年金収入+その他の合計所得金額が | 単身は340万円以上 | 3割負担 |
| | | | 単身は280万円以上 | 2割負担 |
| | | | 単身は280万円未満 | 1割負担 |
| | | | 2人以上は合計346万円未満 | 1割負担 |
| | 本人の合計所得金額が160万円未満 | | | 1割負担 |
| 本人が市民税を課税されていない場合、生活保護受給者 | | | | 1割負担 |

※「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額をいいます。

◆ 月々の負担上限（高額介護サービス費の基準）について

介護サービスを利用する場合にお支払いいただく利用者負担には、月々の負担の上限が設定されています。

1ヶ月に支払った利用者の負担の合計が負担の上限を超えたときは、申請により超えた分が払い戻されます。

| 利用者負担段階区分 | 負担の上限 (月額) |
|--|---------------|
| 課税所得690万円（年収約1,160万円）以上 | 140,100円（世帯） |
| 課税所得380万円（年収770万円）～課税所得690万円（年収約1,160万円）未満 | 93,000円（世帯） |
| 市民税課税～課税所得380万円（年収約770万円）未満 | 44,400円（世帯） |
| 世帯の全員が市民税を課税されていない方 | 24,600円（世帯） |
| ・前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方等 | 24,600円（世帯） |
| ・高齢福祉年金を受給している方 | 15,000円（個人） |
| 生活保護を受給している方等 | 15,000円（個人） |

※現役並み所得者について

同一世帯内に課税所得145万円以上の65歳以上の方がいる場合に対象になります。ただし、同一世帯内に

※施設サービスの居住費・食費・日常生活費など、介護保険の給付対象外の利用者負担や福祉用具の購入費、

住宅改修費は、高額介護サービス費対象になりません。