

<別紙2>

## 老人保健施設「あじさい苑」介護予防短期入所(ショートステイ)利用料金のご案内

令和6年6月1日現在

### 1. 多床室（相部屋）をご利用の方の介護予防短期入所利用料（ショートステイ）

基本利用料（介護予防短期入所療養介護費＋食費＋滞在費＋日用生活品費＋教養娯楽費）

#### (ア) 第1段階の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	613円	朝食295円	/	日額	日額	1,143円	8,001円
要支援 2	774円	昼食575円		130円	100円	1,304円	9,128円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額300円が適用されます。		夕食575円 3食の場合 300円		(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)	
				910円	700円		

#### (イ) 第2段階の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	613円	朝食295円	日額	日額	日額	1,813円	12,691円
要支援 2	774円	昼食575円	370円	130円	100円	1,974円	13,818円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額600円が適用されます。		夕食575円 3食の場合 600円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
			2,590円	910円	700円		

#### (ウ) 第3段階①の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	613円	朝食295円	日額	日額	日額	2,213円	15,491円
要支援 2	774円	昼食575円	370円	130円	100円	2,374円	16,618円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額1000円が適用されます。		夕食575円 3食の場合 1,000円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
			2,590円	910円	700円		

#### (エ) 第3段階②の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	613円	朝食295円	日額	日額	日額	2,513円	17,591円
要支援 2	774円	昼食575円	370円	130円	100円	2,674円	18,718円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額1300円が適用されます。		夕食575円 3食の場合 1,300円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
			2,590円	910円	700円		

#### (オ) 基準費用額(負担限度額認定が対象外の方)

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	613円	朝食295円	日額	日額	日額	2,665円	18,655円
要支援 2	774円	昼食575円	377円	130円	100円	2,826円	19,782円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円 3食の場合 1,445円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
			2,639円	910円	700円		

#### (カ) 基準費用額(介護保険自己負担割合が2割の方)

区分	日額	食費	滞在費	日用生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	1,226円	朝食295円	日額	日額	日額	3,278円	22,946円
要支援 2	1,548円	昼食575円	377円	130円	100円	3,600円	25,200円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円 3食の場合 1,445円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
			2,639円	910円	700円		

(キ) 基準費用額(介護保険自己負担割合が3割の方)

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	1,839円	朝食295円	日額	日額	日額	3,891円	27,237円
要支援 2	2,322円	昼食575円	377円	130円	100円	4,374円	30,618円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		1,445円	2,639円	910円	700円		

2. 個室をご利用の方の介護予防短期入所利用料 (ショートステイ)

基本利用料 (介護予防短期入所療養介護費+食費+滞在費+日常生活品費+教養娯楽費)

(ア) 第1段階の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	579円	朝食295円	日額	日額	日額	1,599円	11,193円
要支援 2	726円	昼食575円	490円	130円	100円	1,746円	12,222円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額300円が適用されます。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		300円	3,430円	910円	700円		

(イ) 第2段階の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	579円	朝食295円	日額	日額	日額	1,689円	11,823円
要支援 2	726円	昼食575円	490円	130円	100円	1,836円	12,852円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額600円が適用されます。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		600円	3,430円	910円	700円		

(ウ) 第3段階①の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	579円	朝食295円	日額	日額	日額	2,769円	19,383円
要支援 2	726円	昼食575円	1,310円	130円	100円	2,916円	20,412円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額1000円が適用されます。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		1,000円	9,170円	910円	700円		

(エ) 第3段階②の方の利用者負担限度額

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	579円	朝食295円	日額	日額	日額	2,769円	19,383円
要支援 2	726円	昼食575円	1,310円	130円	100円	2,916円	20,412円
*食費は、1食毎の設定になり、食費負担上限は日額1300円が適用されます。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		1,300円	9,170円	910円	700円		

(オ) 基準費用額(負担限度額認定が対象外の方)

区分	日額	食費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	579円	朝食295円	日額	日額	日額	3,857円	26,999円
要支援 2	726円	昼食575円	1,668円	130円	100円	4,004円	28,028円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		1,445円	11,676円	910円	700円		

(カ) 基準費用額(介護保険自己負担割合が2割の方)

区 分	日 額	食 費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	1,158円	朝食295円	日 額	日 額	日 額	4,436円	31,052円
要支援 2	1,452円	昼食575円	1,668円	130円	100円	4,730円	33,110円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	11,676円	910円	700円		
		1,445円					

(キ) 基準費用額(介護保険自己負担割合が3割の方)

区 分	日 額	食 費	滞在費	日常生活品費	教養娯楽費	1日の合計	1週間の合計
要支援 1	1,737円	朝食295円	日 額	日 額	日 額	5,015円	35,105円
要支援 2	2,178円	昼食575円	1,668円	130円	100円	5,456円	38,192円
*食費は、1食毎の設定になります。		夕食575円	(7日の場合)	(7日の場合)	(7日の場合)		
		3食の場合	11,676円	910円	700円		
		1,445円					

※介護保険負担限度額認定について

食費・居住費につきましては、保険者(市町村)に『介護保険負担限度額認定申請書』を提出することにより、審査の上、『認定証』が交付され、ご利用者負担第1段階から第3段階のいずれに該当するか、あるいは該当されない場合には非該当が確定されます。ご利用者には、その確定された負担限度額の金額で利用料をお支払いいただきます。なお、非該当の方の場合には、(エ)(オ)基準費用額で食費・居住費をご負担いただくことになります。

○ 介護予防短期入所療養介護サービス費

介護保険給付に係る原則1割の自己負担分、あるいは、一定以上の所得者は2割の自己負担になります。また、現役並みに所得のある方につきましては、3割の自己負担になります。すべて市町村決定による負担割合により、自己負担分が決まります。なお、介護保険制度では要介護認定による要介護の程度によって自己負担分が異なりますのでご理解ください。

○ 食費

施設で提供する食事の費用としてご負担いただきます。介護保健負担限度額認定により負担額が異なります。※食費は日額1,445円ですが、介護予防短期入所療養サービスをご利用の方については1食ごとの料金となっています。1食ごとの料金は朝食295円、昼食575円、夕食575円となります。なお、ご利用者負担について、第1段階から第3段階の方は、利用者負担限度額と1食ごとの料金を比較した安い方の料金のご負担となります。

○ 居住費(滞在費)

ご利用される部屋の利用料としてご負担いただきます。介護保健負担限度額認定により負担額が異なります

○ 日常生活品費

石鹸、シャンプー、歯ブラシ、タオル等の日常生活に必要な物品費用としてご負担いただきます。

○ 教養娯楽費

レクリエーション等の共有で使用する物品や新聞等、活動費用としてご負担いただきます。

○ 教養娯楽費

レクリエーション等で使用する、折り紙代、新聞等の費用としてご負担いただきます。

3. 加算費用

区 分	1割負担額(日)	2割負担額(日)	3割負担額(日)	備 考
個別リハビリテーション 実施加算	240円	480円	720円	理学療法士が、個別リハビリテーションを実施した場合
在宅復帰・在宅療養支援 機能加算	51円	102円	153円	在宅復帰率30%以上、ベッド回転率5%以上であり、退所後30日以内に居宅を訪問し、居宅生活が2か月以上継続する見込みであることを確認した場合

サービス提供体制強化加算 I	22円	44円	66円	介護老人保健施設および短期入所療養介護の介護職員の総数のうち、介護福祉士資格取得職員の占める割合が60%以上の場合(※ I を算定できない場合にのみ)
夜勤職員配置加算	24円	48円	72円	夜勤を行う看護職員または介護職員の数が、短期入所療養介護の利用者および介護老人保健施設の入所者の数が、20名に対し3名以上配置している場合
療養食加算	8円	16円	24円	1日に3回を限度として、医師の発行する食事せんに基づき療養食を提供した場合
緊急時施設療養費	518円	1,036円	1,554円	ご利用者の病状が重篤となり、救命救急医療処置が必要な場合(1月に3日を限度としてご負担いただきます)また、特定治療費が必要な場合は別途にご負担いただきます
区 分	1割負担額(月)	2割負担額(月)	3割負担額(月)	備 考
介護職員等処遇改善加算 I		7.5%		介護職員の処遇改善に関する要件を事業所(法人)が満たしている場合、介護保険適用単位数の1000分の75に相当する額(2・3割負担の場合は、2・3割小計単位数の1000分の39)を一律で加算算定(月額)

#### 4. 送迎費用

【古座川町・串本町・那智勝浦町・太地町にお住まいの方の送迎費用】

片 道	1割負担額(回)	2割負担額(回)	備 考
	184円	368円	入所および退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合。但し、居宅サービス計画に記載がある場合に限る

※介護保険適用外の送迎は片道1,840円になります。

【古座川町・串本町・那智勝浦町・太地町以外にお住まいの方の送迎費用】

片 道	1割負担額(回)	2割負担額(回)	備 考
	184円＋500円(内税)	368円＋500円(内税)	入所および退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合。但し、居宅サービス計画に記載がある場合に限る

※介護保険適用外の送迎は片道1,840円＋500円(内税)になります。

#### 5. 別途利用料（ご利用される方のみ必要です）

区 分	日 額	月額(30日の場合)	備 考
電 気 代	1個 30円(内税)	900円	個人的に使用する機器等に係る電気代(機器を持ち込みの際は必ず、申し出てください。)
洗 濯 代	1回 200円/kg		私物の洗濯を施設に依頼される場合(通常の洗濯が可能な物で1回5枚程度)
理 美 容 代	1回 2,000円(実費)		施設での理美容をご利用の場合(顔そりの希望者は、500円追加となります。)
テ レ ビ 利 用 料	月額 1,000円(内税)		テレビを使用される場合(月途中の入退所については、日割り計算にてお支払いいただきます。)
予 防 接 種 負 担 金	実 費		インフルエンザ等、予防接種を希望された場合(市町村の補助対象者は自己負担分になります。)
特 別 な 食 事 の 費 用	実 費(内税)		通常の食事以外で、特別メニューの食事を選定された場合
特 別 な 室 料	個室Aタイプ	日額660円	ご利用される個室の追加的費用(いずれも内税)
	個室Bタイプ	日額260円	

電 話 代	実 費	居室に備え付けの電話(個室のみ)を使用された場合
そ の 他 日 用 品 費 等	実 費	ご利用者およびご家族が希望される物

※ お支払い方法

○ 毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の25日迄にお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

○ お支払い方法は、現金、自動引き落とし、銀行振込の方法があります。入所申込み時にお選びください。(自動引き落としに係る金融機関は指定となっております。)