

ショートステイ

1日の基本料金【すべて個室となります】

| 要介護度区分 | 所得区分 | 介護サービス費 | 食費 (1日) | 居住費 | 加算料金 | 基本費用 (1泊送迎付) |
|--------|------|-----------------|------------|-------|--------------------|-----------------|
| 要介護1 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 682 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約1,892円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,642円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約4,032円 |
| 要介護2 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 749 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約1,959円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,709円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約4,099円 |
| 要介護3 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 822 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約2,032円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,782円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約4,172円 |
| 要介護4 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 889 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約2,099円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,849円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約4,239円 |
| 要介護5 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 956 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約2,166円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,916円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約4,306円 |
| 要支援1 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 512 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約1,722円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,472円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約3,862円 |
| 要支援2 | 第1段階 | 0 | 300 | 820 | 0 | 約1,120円 |
| | 第2段階 | 636 ※1割負担の場合 | 390 | 820 | 各種加算料金 ※詳細は別紙参考 | 約1,846円 |
| | 第3段階 | | 650 | 1,310 | | 約2,596円 |
| | 第4段階 | | 1,380 | 1,970 | | 約3,986円 |

※通常の食事料金：朝食 280円 昼食 650円 夕食 450円

※基本費用は、負担割合（一定以上所得のある方などは2割、3割負担の場合あり）・加算・利用日数などにより変わります。

※所得区分とは

第1段階…生活保護者・市区町村民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者

第2段階…市区町村民税非課税世帯で合計所得額と公的年金額の合計が年間80万円以下の方

第3段階…市区町村民税非課税世帯で上記2段階以外の方

第4段階…上記以外の方

※利用される方個々の限度額により、ひと月の利用できる日数に制限があります。

ショートステイ

各種加算料金※1割負担の場合

次の事項の中で該当する加算のみお支払いいただきます

| | |
|------------------|--|
| 療養食加算 | 1回につき 8円 (1日3回を限度) 医師の食事せんに基づき療養食を提供した場合 |
| 送迎加算 | 片道につき 184円 (ご自宅と施設間に限ります) 必要に応じ送迎を行った場合 |
| 夜勤職員配置加算 | 1日につき 18円 (介護予防は算定せず) 夜勤を行う職員の数が基準人員の数に1を加えた数以上である場合 |
| 緊急短期入所受入加算 | 1日につき 90円 (7日～14日を限度) 普段ショートステイを利用しない者に、介護支援専門員が緊急にショートステイを受けることが必要と判断し利用した場合 |
| 医療連携強化加算 | 1日につき 58円 身体重度な方に対し、看護職員の巡視や緊急やむを得ない場合の医療的対応をあらかじめ取り決めた上で利用した場合 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | 1ヵ月の介護保険1割負担分の料金の3.3%を乗じた金額 介護サービスに従事する職員の賃金水準維持・改善のため |
| 機能訓練体制加算 | 1日につき 12円 機能訓練指導員を配置し、介護・看護職員と共同し機能訓練計画を作成実施している場合 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 1日につき 6円 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上である場合 |
| 生活機能向上連携 | 1ヵ月につき 100円 外部のリハビリ専門職と連携して、機能訓練を計画的に行った場合 |
| 長期利用に対する短期入所生活介護 | 1日につき -30円 連続して30日を超えて同一のショートステイ事業所を利用している場合 |

※1割負担の料金で表示しておりますが、一定以上所得のある方などは2割、3割負担となる場合があります。

その他の費用につきましては「その他費用」「その他」にてご確認ください。

ショートステイ

その他費用

ご本人・ご家族の希望で利用可能なサービスの利用料金

| | |
|---------------|---|
| 貴重品管理 | 1日につき 70円 預金通帳・年金証書・保険証などを保管、また税金・医療費などの支払い業務を代行させていただいた場合 |
| おやつ類 | 1日につき 50円 施設提供のおやつ類以外をご希望の方は個人での購入をお願いします。(個人買物を代行した場合は別途買物代行代) |
| レクリエーションクラブ活動 | 実費 |
| 家族昼食 | 1食 480円 数が多い場合はご用意できない場合がございますので当日の10時前にご注文ください。 |
| 散髪・理容 | ○カット 1,400円 ○カラー 2,160円 ○パーマ 4,860円 ○顔のお手入れ 1,620円 月3回程度契約業者が来園され実施します。 |
| 移送サービス | 1回のご利用につき 1キロメートル当たり 50円(送迎のみ)(鬼沢医院については無料) 基本的にはご家族対応をお願い致しますが、車両や運転者が確保できた場合に対応いたします。 |
| 外出・通院時などの付添 | 1時間まで 500円 (1時間以降は、1時間ごとに500円を加算)(鬼沢医院については無料) 基本的にはご家族対応をお願い致しますが、付き添い職員が確保できた場合に対応いたします。 |
| 電気製品の持込み | 1ヶ月につき 300円(安全上持込めない物もありますので相談ください) 個人で電気製品を持込み使用する場合(冷蔵庫・テレビ・加湿器・電気毛布など) |
| 買い物代行 | 1回につき 100円 ご本人の希望によりご本人のみの買い物を代行させていただいた場合 |
| 特別な食事 | 実費 通常提供される食事以外を希望されたり、提供した場合。 |
| 電話料金 | 1回につき 20円 緊急でない場合の施設電話機を使用した場合 |
| 自費利用料 | 1日につき 介護保険利用料通常1割負担を10割負担にて請求 緊急により在宅で介護できず介護保険サービス外での宿泊が必要となった場合 |
| 複写物の交付 | 1枚につき A4白黒：10円 L半写真カラー：50円 CD・DVDへのコピー：100円 |
| おむつ代 | ○紙パンツ 100円 ○紙おむつ 100円 ○パット大 60円 ○パット中 50円 ○パット小 40円 通常支給以外の用途でおむつを使用される場合は、購入することができます。 |

ショートステイ

その他

| 主な施設提供品やサービス | |
|--------------|--|
| 日用品 | トイレットペーパー・ペーパータオル・石鹸・シャンプー・リンス・おしぼり 等の日用品の支給 施設でご用意するメーカーや種類以外を希望される場合や、個人のみで使用される場合は個人購入でお願いいたします。 |
| おむつ | 布おむつ・紙おむつ・紙パンツ・尿とりパット 等のおむつの支給 施設でご用意するメーカーや種類以外を希望される場合は個人購入でお願いいたします。 |
| 衣類の洗濯 | 日常着の洗濯(施設で洗うことができる物のみ) クリーニングなど特殊な洗濯が必要な場合は個人負担でお願いいたします。 |
| 介護機器 | 電動ベット・一般型車椅子・歩行器・ポータブルトイレ等の介護機器等 施設に無い機器・個人趣向による機器・長期に亘り個人で使用される場合、持込みでお願いいたします。 |
| 家具 等 | 施設が提供する居室設置家具(電動ベット・ダンス) 施設でご用意するメーカーや種類以外や追加を希望される場合は相談の上、持ち込みでお願いいたします。 |
| 口腔ケア用品 | 施設が提供する口腔ケア用品(スポンジブラシ:医師が必要と認めた方のみ1日1本支給) 施設でご用意する種類以外やケア用品の追加・1日1本以上使用する場合は、自己負担でお願いします。 |

この料金表による負担額は基本の料金となっております。状況により市町村等への確認が必要な場合があります。

具体的な料金の詳細や不明な点は、お気軽にご相談ください。TEL0291-34-3050