

高寿園 ショートステイ 料金表

R7.7.1

1. 介護給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度・要介護度、負担割合に応じて異なります。）

<< 1割負担の場合 >>

短期生活介護

	ご利用者の要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
ユニット型	サービス利用料金	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
個室	うち自己負担額	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円

短期生活介護（介護予防）

	ご利用者の要支援度	要支援 1	要支援 2
ユニット型	サービス利用料金	5,290 円	6,560 円
介護予防生活介護費	うち自己負担額	529 円	656 円

2. その他の介護給付サービス加算

* * * * 介護予防の場合も加算

介護給付サービス加算		介護給付額		うち自己負担額
* サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 日	220 円	1 日	22 円
* サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 日	180 円	1 日	18 円
* サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1 日	60 円	1 日	6 円
夜勤職員配置加算Ⅱ	1 日	180 円	1 日	18 円
夜勤職員配置加算Ⅳ	1 日	200 円	1 日	20 円
看護体制加算（Ⅰ）	1 日	40 円	1 日	4 円
看護体制加算（Ⅱ）	1 日	80 円	1 日	8 円
看護体制加算（Ⅲ・Ⅰ）	1 日	120 円	1 日	12 円
看護体制加算（Ⅳ・Ⅰ）	1 日	230 円	1 日	23 円
緊急短期入所受入加算	1 日	900 円	1 日	90 円
* 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 日	2,000 円	1 日	200 円
* 若年性認知症受入加算	1 日	1,200 円	1 日	120 円
医療連携強化加算	1 日	580 円	1 日	58 円
* 送迎加算	片道	1,840 円	片道	184 円
* 療養食加算	1 回	80 円	1 回	8 円
* 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1 日	30 円	1 日	3 円
* 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1 日	40 円	1 日	4 円
* 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1 月	2,000 円	1 月	200 円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1 月	1,000 円	1 月	100 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	1 月	100 円	1 月	10 円
看取り連携体制加算	1 日	640 円	1 日	64 円
口腔連携強化加算	1 回	500 円	1 回	50 円

※ 各加算は算定要件を満たした場合に算定されます。

※ 介護職員等処遇改善加算・・・1および2について、140/1000が加算されます。

3. 当施設の居住費・食費の負担額

対 象 者			利 用 者	居住費日額	食費日額
			負 担 段 階	ユニット型個室	
世帯全員が市町村民税非課税	生活保護受給者の方 老齢福祉年金受給者の方		第1段階	880	300
	預貯金等の合計が650万円以下 (夫婦は1650万円)	本人の年金収入額とその他の合計所得金額が年額80万円以下	第2段階	880	600
	預貯金等の合計が550万円以下 (夫婦は1550万円)	本人の年金収入額とその他の合計所得金額が年額80万円超120万円以下	第3段階－①	1,370	1,000
	預貯金等の合計が500万円以下 (夫婦は1500万円)	本人の年金収入額とその他の合計所得金額が年120万円超	第3段階－②		1,300
	・ 同じ世帯内に市町村民税課税者がいるが、本人は住民税非課税の方 ・ 市町村民税を課税されている方		第4段階	2,066	1,595

※ 介護保険負担限度額認定証に記載の利用者負担段階に応じてご負担いただきます。

※ 介護保険割合証に記載の割合に上記1. 2の自己負担額の合計を乗じた金額となります。