

特別養護老人ホーム 桜町聖ヨハネホーム ショートステイ利用料金表

1. 介護報酬に係る費用（介護保険給付の利用者 **1割**負担分）

<短期入所生活介護>

(1)基本額（従来型多床室・従来型個室）（単位：円）

基本額	要介護状態区分	多床室	従来型個室	1日
	要介護1	596	596	646
要介護2	665	665	721	
要介護3	737	737	799	
要介護4	806	806	873	
要介護5	874	874	947	

1単位 = 10.83円

この料金表に記載の費用は負担割合が1割負担の方のものとなります。

従来型個室：  
ゆり1号室・2号室  
ばら2号室  
オリーブ10号室

<介護予防短期入所生活介護>

基本額	要介護状態区分	多床室	従来型個室	1日
	要支援1	446	446	483
要支援2	555	555	601	

※一定以上所得のある方は、介護サービスを利用した時の負担割合が、2割または3割となります。

市区町村から交付される、「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

(2)加算（すべての利用者）

加算	加算名	単位数	1日	内 容
	個別機能訓練体制加算	12	13	機能訓練指導員を配置、訓練計画を作成・実施
短期生活サービス提供体制加算Ⅱ	18	20	介護職員総数の内介護福祉士が60%以上配置	
看護体制加算Ⅰ	4	5	常勤の看護師を1名以上配置	
看護体制加算Ⅱ	8	9	配置条件を満たし病院との連携により24時間の連絡体制を確保している場合に算定可	
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	14	基準を上回る夜勤職員を配置	
短期入所生活介護送迎加算	184	200	利用者自宅から施設までの送迎を実施した場合	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数×8.3%/月		介護職員の処遇改善を確保	

(3)加算（対象の利用者のみ）

加算	加算名	単位数	1日	30日	内 容
	療養食加算	8	26	780	医師の食事箋に基づく治療食等を提供（1日3回を限度）

利用者負担分の計算方法：X(単位数×10.83×日数)- [X×0.9(2割負担の方の場合は0.8、3割負担の方は0.7)] = 利用者負担額

2. 居住費及び食費(利用者全額自己負担分) (1日当たり：単位 円)

居住費	所得段階	多床室	従来型個室
	第1段階	0	320
第2段階	370	420	
第3段階	370	820	
第4段階	855	1171	
食 費	第1段階	300	300
	第2段階	390	390
	第3段階	650	650
	第4段階	1,650	1650

※市区町村より負担限度額認定を受けている場合に、居住費及び食費が減額となり、左記表となります。

※左記の適用を受ける場合には、市区町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」の提出が必要となります。

(注意) 令和3年8月に一定所得以上のあるご利用者様の自己負担引き上げがあります。

## 3. 介護保険外、およびその他の費用

項 目	負 担 金	内 容
電気代	10円/日	持ち込みの電化製品（TV、PC、CDプレーヤー等）
レクリエーション費	実費相当額	行事、サークル活動等の参加材料費、
日用品費	実費相当額	
理美容代	1500	理容・整髪
領収証再発行手数料	1,000円/枚	
各種コピー代	10円/枚	施設サービスの提供に関する記録の複写など