

# 迎光園（予防）短期入所（ショートステイ）利用料金表（1割）

※要支援1・要支援2は「予防短期入所生活介護」、介護度1～5は「短期入所生活介護」の別サービスとなりますので、それぞれ契約の手続きが必要になります。

※事業所番号 0175800085

| ★《空床型(予防)短期入所:多床室利用》令和6年6月改定 |                           |            |            |            |            |            |            | 1日当りで算定できるもの/円 |  |
|------------------------------|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------|--|
|                              | 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       |                |  |
| 1) 併設型介護(予防)短期入所生活介護費(Ⅱ)     | 4,510                     | 5,610      | 6,030      | 6,720      | 7,450      | 8,150      | 8,840      |                |  |
| 2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ          |                           |            |            | 220        |            |            |            |                |  |
| 2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ          |                           |            |            | (180)      |            |            |            |                |  |
| 3) 看護体制加算(Ⅰ)                 |                           |            |            |            |            | 40         |            |                |  |
| 4) 看護体制加算(Ⅱ)                 |                           |            |            |            |            | 80         |            |                |  |
| 5) 夜勤職員配置加算(Ⅰ)               |                           |            |            |            |            | (130)      |            |                |  |
| 5) 夜勤職員配置加算(Ⅲ)               |                           |            |            |            |            | 150        |            |                |  |
| 合計(処遇改善加算含まず)                | 4,730                     | 5,830      | 6,520      | 7,210      | 7,940      | 8,640      | 9,330      |                |  |
| うち介護保険から給付される金額(9割)          | 4,257                     | 5,247      | 5,868      | 6,489      | 7,146      | 7,776      | 8,397      |                |  |
| <b>1日当りの自己負担金額(1割)</b>       | <b>473</b>                | <b>583</b> | <b>652</b> | <b>721</b> | <b>794</b> | <b>864</b> | <b>933</b> |                |  |
| 1月当りで算定できるもの                 |                           |            |            |            |            |            |            |                |  |
|                              | 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       |                |  |
| 6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※1          | 1月あたりの総所定単位数に14%乗じた単位数で算定 |            |            |            |            |            |            |                |  |
| 1日当りの目安                      | 66                        | 82         | 91         | 101        | 111        | 121        | 131        |                |  |

※1.6については、月単位での計算となり、一日あたりの料金はあくまでも目安となります。

※長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続30日を越える利用者)については基本単価より30単位減額となります。

※長期間の予防短期入所利用者(自費利用等を挟み実質連続30日を越える利用者)については基本単価 要支援1:442円、要支援2:548円となります。

## ★食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

## ★滞在に要する費用(光熱水費及び室料)

| 食事の提供に要する費用 | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |      |      |       |       | 滞在に要する費用       | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |      |      |        |
|-------------|-----------------------|------|------|-------|-------|----------------|-----------------------|------|------|--------|
|             | 通常                    | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② |                | 通常                    | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階①② |
| 1日当り/円      | 1,445                 | 300  | 600  | 1,000 | 1,300 | 多床室料<br>1日当り/円 | 855                   | 0    | 370  | 370    |

| 食事別単価  | 朝食  | 昼食  | 夕食  |
|--------|-----|-----|-----|
| 1食当り/円 | 390 | 550 | 505 |

※滞在費・食費ともに、それぞれの1日の負担額が負担限度額を超える事はありません。

※食事の欠食については前日までにお申し付けください。当日のキャンセル分については費用を請求させていただきます。

## 一日当りの要介護度・段階別自己負担参考額一覧表(介護職員処遇改善加算を含みます。)

|       | 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  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 第1段階  | 839   | 965   | 1,043 | 1,122 | 1,205 | 1,285 | 1,364 |
| 第2段階  | 1,509 | 1,635 | 1,713 | 1,792 | 1,875 | 1,955 | 2,034 |
| 第3段階① | 1,909 | 2,035 | 2,113 | 2,192 | 2,275 | 2,355 | 2,434 |
| 第3段階② | 2,209 | 2,335 | 2,413 | 2,492 | 2,575 | 2,655 | 2,734 |
| 第4段階  | 2,839 | 2,965 | 3,043 | 3,122 | 3,205 | 3,285 | 3,364 |

※利用者送迎費別途～片道184円(送迎費についても介護職員処遇改善加算の算定対象となります。)

※食費は一日三食とも摂取された場合 ※緊急短期入所受入加算～1日90円

## 介護度別最大利用日数(当月あたり)

|           | 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   |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 区分支給限度基準額 | 5,032 | 10,531 | 16,765 | 19,705 | 27,048 | 30,938 | 36,217 |
| 当月最大利用日数  | 11日   | 18日    | 26日    | 28日    | 30日    | 30日    | 30日    |
| 残り利用可能額   | 71円   | 433円   | 385円   | 133円   | 3888円  | 5678円  | 8887円  |

★《空床型(予防)短期入所:従来型個室利用》令和6年6月改定 (1割) 1日当りで算定できるもの/円

|                          | 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       |
|--------------------------|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1) 併設型介護(予防)短期入所生活介護費(Ⅰ) | 4,510                     | 5,610      | 6,030      | 6,720      | 7,450      | 8,150      | 8,840      |
| 2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ      | 220                       |            |            |            |            |            |            |
| 2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ      | (180)                     |            |            |            |            |            |            |
| 3) 看護体制加算(Ⅰ)             |                           |            |            |            | 40         |            |            |
| 4) 看護体制加算(Ⅱ)             |                           |            |            |            | 80         |            |            |
| 5) 夜勤職員配置加算(Ⅰ)           |                           |            |            |            | (130)      |            |            |
| 5) 夜勤職員配置加算(Ⅲ)           |                           |            |            |            | 150        |            |            |
| 合計(処遇改善加算含まず)            | 4,730                     | 5,830      | 6,520      | 7,210      | 7,940      | 8,640      | 9,330      |
| うち介護保険から給付される金額(9割)      | 4,257                     | 5,247      | 5,868      | 6,489      | 7,146      | 7,776      | 8,397      |
| <b>1日当りの自己負担金額(1割)</b>   | <b>473</b>                | <b>583</b> | <b>652</b> | <b>721</b> | <b>794</b> | <b>864</b> | <b>933</b> |
| 1月当りで算定できるもの             |                           |            |            |            |            |            |            |
|                          | 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       |
| 6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※1      | 1月あたりの総所定単位数に14%乗じた単位数で算定 |            |            |            |            |            |            |
| 1日当りの目安                  | 66                        | 82         | 91         | 101        | 111        | 121        | 131        |

※1 6.については、月単位での計算となり、一日あたりの料金はあくまでも目安となります。

※長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続30日を越える利用者)については基本単価より30単位減額となります。

※長期間の予防短期入所利用者(自費利用等を挟み実質連続30日を越える利用者)については基本単価 要支援1:442円、要支援2:548円となります。

★食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

★滞在に要する費用(光熱水費及び室料)

| 食事の提供に要する費用 | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |      |      |       |       | 滞在に要する費用      | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |     |      |      |
|-------------|-----------------------|------|------|-------|-------|---------------|-----------------------|-----|------|------|
|             | 通常                    | 第4段階 | 第1段階 | 第2段階  | 第3段階① |               | 第3段階②                 | 通常  | 第4段階 | 第1段階 |
| 1日当り/円      | 1,445                 | 300  | 600  | 1,000 | 1,300 | 個室料<br>1日当り/円 | 1,171                 | 320 | 420  | 820  |

| 食事別単価  | 朝食  | 昼食  | 夕食  |
|--------|-----|-----|-----|
| 1食当り/円 | 390 | 550 | 505 |

※滞在費・食費ともに、それぞれの1日の負担額が負担限度額を超える事はありません。

※食事の欠食については前日までに申し付けください。当日のキャンセル分については費用を請求させていただきます。

一日当りの要介護度・段階別自己負担参考額一覧表(介護職員処遇改善加算を含みます。)

|       | 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  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 第1段階  | 1,159 | 1,285 | 1,363 | 1,442 | 1,525 | 1,605 | 1,684 |
| 第2段階  | 1,559 | 1,685 | 1,763 | 1,842 | 1,925 | 2,005 | 2,084 |
| 第3段階① | 2,359 | 2,485 | 2,563 | 2,642 | 2,725 | 2,805 | 2,884 |
| 第3段階② | 2,659 | 2,785 | 2,863 | 2,942 | 3,025 | 3,105 | 3,184 |
| 第4段階  | 3,155 | 3,281 | 3,359 | 3,438 | 3,521 | 3,601 | 3,680 |

※利用者送迎費別途～片道184円(送迎費についても介護職員処遇改善加算の算定対象となります。)

※食費は一日三食とも摂取された場合 ※緊急短期入所受入加算～1日90円

介護度別最大利用日数(当月あたり)

|           | 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   |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 区分支給限度基準額 | 5,032 | 10,531 | 16,765 | 19,705 | 27,048 | 30,938 | 36,217 |
| 当月最大利用日数  | 11日   | 18日    | 26日    | 28日    | 30日    | 30日    | 30日    |
| 残り利用可能額   | 71円   | 433円   | 385円   | 133円   | 3,888円 | 5,678円 | 8,887円 |

※あくまでもショートステイ(送迎なし)のみの利用を想定した目安となりますので、他の介護保険サービスを当月に利用されている方は、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に必ずご確認下さい。

※区分支給限度額を超えてサービスを利用する場合、サービス利用料金の全額を負担いただきます(介護保険10割分及び第4段階相当の食費・滞在費)

※連続30日を越える日以降については、(31日目の利用等)サービス料金の全額を負担いただきます。

相談室 高橋・木村 電話番号 0123-88-3030