

ショートステイ料金表

< 介護サービス料金 >

単位 (円)

	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1日あたり	741	1,483	2,225	814	1,628	2,443	893	1,692	2,679	967	1,935	2,903	1,040	2,080	3,121
10割負担額	7,419			8,144			8,933			9,679			10,404		

※上記の金額には地域区分別加算を朝霞市の場合1単位当たり 10.66 円として計算をされています。

※介護保険法の改定等により費用が変動する場合があります。

< 居住費 >

単位 (円)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
1日あたり	820	820	1,310	1,970

※利用者負担段階の区分基準は(表1)をご参照ください。

※消費税の改定等により、費用が変動する場合があります。

< 食費 >

単位 (円)

	第1段階	第2段階	第3段階-①	第3段階-②	第4段階
1日あたり	300	600	1,000	1,300	1,500

※利用者負担段階の区分基準は(表1)をご参照ください。

※介護保険法や消費税の改定等により、費用が変動する場合があります。

※食費1日あたりの費用(¥1,500)の内訳は 朝食455円 昼食560円 夕食485円 となります。

(表1) 【 食費、居住費の利用者負担段階の区分基準 】 *令和3年8月から制度が変わりました。

段階	所得の状況(※1)	資産の状況(※2)
第1段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税及び非課税年金収入額が80万円以下の方	単身:650万円以下 夫婦:1,650万円以下
第3段階-①	本人及び世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税及び非課税年金収入額が80万円超120万円以下の方	単身:550万円以下 夫婦:1,550万円以下
第3段階-②	本人及び世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税及び非課税年金収入額が120万円超の方	単身:500万円以下 夫婦:1,500万円以下
第4段階	上記以外の方	

※1 配偶者がいる場合、同一世帯であるかどうかにかかわらず、その配偶者も市民税非課税であること。

※2 2号被保険者(65歳未満)の資格要件については、段階に関わらず単身1,000万円、夫婦2,000万円以下です。

< 1日の目安金額 >

単位 (円)

	要介護1			要介護2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
第1段階	1,963			2,045		
第2段階	2,263			2,345		
第3段階-①	3,153			3,235		
第3段階-②	3,453			3,535		
第4段階	4,313	5,156	6,510	4,395	5,319	6,244
10割負担額	11,898			12,714		

単位 (円)

	要介護3			要介護4			要介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
第1段階	2,134			2,218			2,299		
第2段階	2,434			2,518			2,599		
第3段階-①	3,324			3,408			3,489		
第3段階-②	3,624			3,708			3,789		
第4段階	4,484	5,497	6,510	4,568	5,665	6,762	4,649	5,828	7,007
10割負担額	13,602			14,442			15,258		

※ 内訳:介護サービス料金+居住費+食費+算定加算(2~3ページ参照)

送迎を行う場合や緊急でのご利用の場合など、ご利用状況に沿った加算料金が別途発生いたします。

※ 連続して30日を超えてショートステイを受けている場合には、31日目が保険適用されず自費(10割負担)となります。

32日目以降は介護保険が適用されますが、同様にそこから31日目は自費となりますのでご了承ください。

< 各種加算 >

単位 (円)

※算定対象者「○：全員」「△：該当者のみ」

算定 状況	加算項目	負担割合			算定 頻度	概要
		1割	2割	3割		
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18	38	58	日	・基準を満たした夜勤職員を配置している。
○	夜勤職員配置加算(Ⅳ)	21	43	64	日	・基準を満たした夜勤職員を配置している。 ・夜勤時間帯に看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している（喀痰吸引等事業者登録済み）。
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	105	213	320	月	外部のリハビリ専門職が通信技術を活用して入居者の状態把握をした上で、施設の職員と共同で個別機能訓練計画を作成。その計画に基づき機能訓練を行うこと。
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)1	210	426	640	月	外部のリハビリ専門職が施設を訪問して入居者の状態把握をした上で、施設の職員と共同で個別機能訓練計画を作成。その計画に基づき機能訓練を行うこと。
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)2	105	213	320	月	生活機能向上連携加算Ⅱ1の算定要件に加えて、個別機能訓練加算を算定している場合。
	個別機能訓練加算	59	119	179	日	・専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、介護・看護職員等と共同して個別の機能訓練計画を作成・実施している。
	機能訓練体制加算	12	26	38	日	・専従の機能訓練指導員を1名以上配置している。
	若年性認知症入所者受入加算	126	256	384	日	・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23	47	70	日	以下のいずれかに該当する場合。 ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上 ・介護福祉士のうち勤続10年以上の者が占める割合が35%以上
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	38	58	日	・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合。
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	13	19	日	以下のいずれかに該当する場合。 ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上 ・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 ・直接ケアを提供する職員のうち、勤続7年以上の者が30%以上
	医療連携強化加算	61	124	185	日	・利用者の急変時等の早期発見のために看護師が定期的な巡回をし、急変時の医療提供の方針について利用者から同意を得ている。また、医師との連絡がつかない場合の対応手段等の取り決めがなされている。
	看護体制加算(Ⅰ)	4	9	13	日	・常勤の正看護師を常勤換算で1名以上配置している。
	看護体制加算(Ⅱ)	8	17	26	日	・看護職員(看護師・准看護師)を常勤換算法で2名以上配置している。 ・施設の看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。
○	看護体制加算(Ⅲ)イ	12	26	38	日	・看護体制加算(Ⅰ)の要件に加え、前年度または過去3ヶ月間の利用者総数のうち、要介護3以上の方が70%を占める。
○	看護体制加算(Ⅳ)イ	24	49	74	日	・看護体制加算(Ⅱ)の要件に加え、前年度または過去3ヶ月間の利用者総数のうち、要介護3以上の方が70%を占める。
△	緊急短期入所受入加算	94	192	288	日	・居宅のケアマネージャーが緊急にショートステイを利用することが必要と認め、かつ居宅サービス計画にない利用を行った場合。（最大7日間の算定、やむを得ない事情がある場合は14日間算定可能）
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	210	426	640	日	・医師が認知症状があると認め、在宅生活が困難であることから緊急にショートステイを利用することが必要と判断した場合。（最大7日間の算定）

< その他の加算 >

単位 (円)

※算定対象者「○：全員」「△：該当者のみ」

算定状況	加算項目	負担割合			算定頻度	概要
		1割	2割	3割		
△	送迎を行う場合	193	392	588	片道	・送迎が必要な利用者がその居宅と事業所間の送迎を行う。
△	長期利用者提供減算	-32	-64	-96	日	連続して30日を超えて同一事業所のショートステイを続けた場合、31日目以降は減算されます。（自費利用を挟んだ場合や、30日目に自宅へ退所し31日目に利用を再開する場合も同様）

< 処遇改善加算 >

※算定対象者「○：全員」「△：該当者のみ」

算定状況	加算項目	算定頻度	概要
○	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	月	・介護保険一部負担額の8.3%を相当額が上乗せされます
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	月	・介護保険一部負担額の6.0%を相当額が上乗せされます
○	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	月	・介護保険一部負担額の2.7%を相当額が上乗せされます
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	月	・介護保険一部負担額の2.3%を相当額が上乗せされます
○	介護職員等ベースアップ等支援加算	月	・介護保険一部負担額の1.6%を相当額が上乗せされます

< 日用品等 >

※仕入れ値により値段が変動する場合がございます。

品目	単位	金額(円)
歯ブラシ	1本	120
部分磨き歯ブラシ	1本	310
歯間ブラシ(細)	20本	320
歯間ブラシ(超極細)	20本	320
義歯ブラシ	1個	170
舌ブラシ	1本	150
口腔清掃ジェル	1個	1,600
口腔保湿ジェル	1個	2,100
吸引くるりーナブラシ	1本	602

品目	単位	金額(円)
吸引歯ブラシ	1本	702
モアブラシ	1本	528
口腔ケアジェル	1個	483
歯磨き粉	1個	199
入れ歯洗浄剤	1箱	550
口腔ケアスポンジ	1箱	1,089
口腔ウェットティッシュ本体	1個	773
口腔ウェットティッシュ詰替	1袋	621
義歯ケース	1個	110

品目	単位	金額(円)
プラスチックコップ	1個	110
着替え入れ袋	1つ	110
清浄綿	1箱	661
口当たりやさしいスプーン	1本	715
箱ティッシュ	2個	110
乾電池	1本	26
保険証ポーチ	1袋	110
食事用エプロン	1枚	830～

< 理美容代 >

単位 (円)

カット	2,200
お顔のお手入れ	500
カラー (カット込み)	6,500
カラーのみ	5,000
パーマ	7,500

< その他 >

本料金表以外の実費費用	都度実費請求

※ 都度実費請求の費用については
予めご報告させていただきます。