

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	750	1,500	2,251	822	1,645	2,468	902	1,745	2,708	978	1,957	2,935	1,052	2,104	3,156
10割負担額	7,504			8,229			9,029			9,785			10,521		

※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。

* 連続利用61日目以降の介護サービス料金

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	714	1,428	2,142	788	1,577	2,366	868	1,737	2,606	944	1,888	2,833	1,018	2,036	3,054
10割負担額	7,142			7,888			8,687			9,444			10,180		

※ユニット型介護老人福祉施設の入居サービス費と同等額になります。

＜ 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	2,066

※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 】

【認定要件】 本人および世帯全員（世帯分離している配偶者や内縁関係を含む）が住民税非課税であり、上記（表1）に該当する方

【申請窓口】 朝霞市役所 長寿はつらつ課 （支所・出張所不可）

段階	所得の状況	資産の状況（※）
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	

※ 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)

介護度 負担割合 負担段階	要介護1			要介護2			要介護3		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
第1段階	2,043			2,125			2,217		
第2段階	2,343			2,425			2,517		
第3段階-①	3,233			3,315			3,407		
第3段階-②	3,533			3,615			3,707		
第4段階	4,489	5,411	6,855	4,571	5,576	6,581	4,663	5,759	6,855
10割負担額	12,789			13,616			14,527		

介護度 負担割合 負担段階	要介護4			要介護5		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
第1段階	2,303			2,387		
第2段階	2,603			2,687		
第3段階-①	3,493			3,577		
第3段階-②	3,793			3,877		
第4段階	4,749	5,931	7,114	4,833	6,099	7,365
10割負担額	15,390			16,228		

- ※ 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。
- ※ ショートステイを連続して30日利用した翌日（31日目）は介護保険が適用されず自費（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（1） >

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	・ユニット型短期入所介護において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	・ユニット型短期入所介護において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）。
	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。利用定員29名以下。
○	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。利用定員29名以下。
	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。
	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。
△	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）

< 各種加算 (2) >

単位 (円)

※算定対象者「○：全員」「△：該当者のみ」

	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)
	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。
	医療連携強化加算	61	124	185	日	・医療ニーズが高い利用者に対し、急変時等の早期発見のために看護師が定期的な巡回を行い、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。
	看取り連携体制加算	67	136	205	日	以下のいずれかに該当し、利用開始の際に看取りに関する同意書を得ている場合。 ・看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定している。 ・看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定し、かつ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。
	口腔連携強化加算	52	107	160	回	・利用者の同意を得た上で口腔の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供した場合。 ・当事業所が訪問歯科医又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士との相談体制を確保している。
	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	105	213	320	月	・生産性向上推進体制加算(Ⅱ)の要件を満たし、取組による成果がある場合。 ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入している。 ・介護助手の活用等、職員間の適切な役割分担の取組等を行っている。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータを厚生労働省に提出する。
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	21	32	月	・利用者の安全対策等を検討する委員会の開催や必要な安全対策を講じ、生産性向上ガイドラインに基づいた改善を継続的に実施している。 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータを厚生労働省に提出する。
	療養食加算	8	17	26	食	・食事提供が管理栄養士又は栄養士によって管理している。 ・入居者の年齢や心身状況によって適切な栄養量等が提供が行われている。(1日につき最大3回の算定が可能)。
	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
△	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。 ・連続61日目以降は算定しない。
	在宅中重度者受入加算1	443	898	1,346	日	・居宅サービス計画に位置付けた上で、利用先の訪問看護事業所から派遣された看護職員が健康管理等を行った場合(同加算1~4共通)。 ・看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定している場合。
	在宅中重度者受入加算2	439	889	1,334	日	・看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定している場合。
	在宅中重度者受入加算3	435	881	1,321	日	・看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)をいずれも算定している場合。
	在宅中重度者受入加算4	447	906	1,359	日	・看護体制加算を算定していない場合。
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	6	10	日	・届出日が属する月の前3月間における利用者の総数のうち、認知症自立度Ⅲ以上の者が占める割合が50%以上である。 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を対象者の人数に応じて配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施。 ・従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的開催している。
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	9	13	日	・認知症専門ケア加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている。 ・認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、認知症ケアの指導等を実施。 ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修を実施。

< 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14.0%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13.6%を相当額が上乗せされます。
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	月	・介護保険一部負担額の11.3%を相当額が上乗せされます。
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	月	・介護保険一部負担額の9.0%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。

単位（円）

品目	単位	金額	品目	単位	金額	品目	単位	金額
歯ブラシ	1本	120	吸引歯ブラシ	1本	702	プラスチックコップ	1個	110
部分磨き歯ブラシ	1本	310	モアブラシ	1本	528	着替え入れ袋	1つ	110
歯間ブラシ(細)	20本	320	口腔ケアジェル	1個	483	清浄綿	1箱	661
歯間ブラシ(超極細)	20本	320	歯磨き粉	1個	199	口当たりやさしいスプーン	1本	715
義歯ブラシ	1個	170	入れ歯洗浄剤	1箱	550	箱ティッシュ	2個	110
舌ブラシ	1本	150	口腔ケアスポンジ	1箱	1,089	乾電池	1本	26
口腔清掃ジェル	1個	1,600	口腔ウェットティッシュ本体	1個	773	保険証ポーチ	1袋	110
口腔保湿ジェル	1個	2,100	口腔ウェットティッシュ詰替	1袋	621	食食用エプロン	1枚	830～
吸引くるりーナブラシ	1本	602	義歯ケース	1個	110			

< 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
シャンプー	1,100

< 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。