

[介護予防] ショートステイ料金表

<介護サービス料金> 単位 (円)

	要支援1			要支援2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1日あたり	563	1,127	1,691	699	1,398	2,097
10割負担額	5,639			6,992		

併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費 (ユニット型個室)

※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。

* 連続利用31日目以降の介護サービス料金 単位 (円)

	要支援1			要支援2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1日あたり	536	1,072	1,608	664	1,328	1,992
10割負担額	5,361			6,641		

<滞在費> ユニット型個室 単位 (円)

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階	第 4 段階
1日あたり	880	880	1,370	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。

<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	1,650

※利用者負担段階の区分基準は (表1) をご参照ください。

※食費の内訳: 朝食 505 円 昼食 610 円 夕食 535 円 合計 1,650 円

(表1) 【 食費・滞在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 (※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80.9万円以下の方	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80.9万円超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 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	要支援1			要支援2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
第 1 段階	1,823			1,977		
第 2 段階	2,123			2,277		
第 3 段階－①	3,013			3,167		
第 3 段階－②	3,313			3,467		
第 4 段階	4,359	5,002	5,645	4,513	5,309	6,105
10割負担額	10,143			11,679		

※ 内訳: 介護サービス料金 + 滞在費 + 食費 + 算定加算 (2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	日	負担割合			算定 頻度	概要
		月	1割	2割	3割		
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	日	105	224	336	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	日	210	448	672	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	日	105	224	336	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	日	59	126	189	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	日	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	日	126	269	403	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）	日	23	49	74	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）	日	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）	日	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	日	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。
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	日	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。
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	日	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）
	療養食加算	日	8	17	26	1日 3回	・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）。
	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。
	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に開催している。
	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」「△：対象者のみ」

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	清浄綿	1箱	661
部分磨き歯ブラシ	1本	310	吸引くるりナブラシ	1本	602	プラスチックコップ	1個	110
歯間ブラシ(細)	20本	320	モアブラシ	1本	528	ストローコップ	1個	110
歯間ブラシ(超極細)	20本	320	歯磨き粉	1個	199	箱ティッシュ	2個	110
義歯ブラシ	1本	170	入れ歯洗浄剤	1箱	550	保険証ポーチ	1個	110
舌ブラシ	1本	150	義歯ケース	1個	110	入浴着替え袋	1個	110
口腔清掃ジェル	1個	1,600	口腔ケアスポンジ	1箱	1,089	乾電池	1本	26
口腔保湿ジェル	1個	2,100	口腔ウェットティッシュ本体	1個	773	食事用エプロン	1枚	1,150～
口腔ケアジェル	1個	483	口腔ウェットティッシュ詰替	1個	621	その他	実費相当	

<理美容代>

単位（円）

<その他>

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	本料金表以外の実費費用	都度実費請求