

# ほほえみショートステイ 利用料金表（令和5年5月より）

短期入所生活介護(予防含む)		令和5年5月1日改正							
従来型個室(1日当たり)									
1～17は、介護保険の1割負担です。 備考欄の◎が有る加算を算定いたします。○は該当者のみ算定となります。 なお、施設の体制により算定加算が変わる事がございます。									
(単位:円)									
	備考	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	基本料金(併設Ⅰ)	◎	446	555	596	665	737	806	874
2	機能訓練体制加算	◎	12	12	12	12	12	12	12
3	個別機能訓練加算		56	56	56	56	56	56	56
4	看護体制加算(Ⅰ)	◎	—	—	4	4	4	4	4
5	看護体制加算(Ⅱ)	◎	—	—	8	8	8	8	8
6	医療連携強化加算	○	—	—	58	58	58	58	58
7	夜勤職員配置加算	◎	—	—	15	15	15	15	15
8	若年性認知症利用者受入加算	○	120	120	120	120	120	120	120
9	送迎加算(片道につき)	○	184	184	184	184	184	184	184
10	緊急短期入所受入加算	○	—	—	90	90	90	90	90
11	療養食加算(1日3回を限度とする)		8	8	8	8	8	8	8
12	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22	22	22	22	22	22	22
13	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	◎	18	18	18	18	18	18	18
15	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6	6	6	6	6	6	6
16	在宅中重度者受入加算		—	—	413	413	413	413	413
17	認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日間を限度)		200	200	200	200	200	200	200
	上記◎の合計		476	585	653	722	794	863	931
18	居住費	◎	1,171	1,171	1,171	1,171	1,171	1,171	1,171
19	特別な室料	◎	280	280	280	280	280	280	280
20	食費	◎	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
	◎の合計(1日分) ※要支援は番号4, 5, 7を含まず。		3,427	3,536	3,604	3,673	3,745	3,814	3,882
20	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	◎	所定単位数(基本サービス+加算・減算)×8.3%						
21	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	◎	所定単位数(基本サービス+加算・減算)×2.7%						
22	介護職員等ベースアップ等支援加算	◎	所定単位数(基本サービス+加算・減算)×1.6%						

# ほほえみショートステイ 利用料金表

## 居住費詳細

1日当たりの料金⇒1,171円

※介護保険負担限度額認定を受けた場合の居住費

居室は従来型個室となります。

1日当たり	(単位:円)
第1段階	320
第2段階	420
第3段階	820
第4段階	1,171

☆介護保険負担限度額認定証のご提示をお願いします。

(関市役所高齢福祉課で申請して下さい。)

特別な室料(1日につき)

※特別な設備を備えた居室について次の料金を従来型個室料金に上乗せして算定しています。

(単位:円)

<b>居室A</b> ユニット型により近い設計(18床)	280円
<b>居室B</b> ユニット型により近い設計(1床) 洗面台設置 居室面積の違い	590円

## 食費詳細 (請求の際は朝・昼・夕と別々に計算します。)

1日当たりの料金⇒1,460円

※介護保険負担限度額認定を受けた場合の食費

内 訳		(単位:円)
朝 食	320	
昼 食	690	
夕 食	490	

1日当たり	(単位:円)
第1段階	300
第2段階	600
第3段階①	1,000
第3段階②	1,300
第4段階	1,500

☆介護保険負担限度額認定証のご提示をお願いします。

(関市役所高齢福祉課で申請して下さい。)

## その他詳細 (該当者のみ)

(単位:円)

1) 飲み物代(1日につき)	100
2) テレビ貸し出し料(1日につき)	55
3) コンセント使用料(1個につき1日)	100
4) 歯ブラシ(交換時1本につき)	130
5) 歯磨き粉(交換時1本につき)	240
6) 義歯洗浄剤(対象者のみ1個につき)	25
7) 貴重品等管理費(1日につき)	50
8) 旧関市を超える送迎(1kmにつき)	60
9) 送迎時介護サービス費	2,000
10) 送迎付添サービス費(1時間単価) ※付き添い職員1名につき	
Ⅰ) 8:00~18:00	2,600
Ⅱ) 6:00~8:00/18:00~22:00	3,250
Ⅲ) 22:00~6:00	3,900
11) 看取り介護費(1日につき)	2,000
12) 死亡当日の看取り介護費 ※看護師による死亡確認時刻	
Ⅰ) 8:00~18:00	12,800
Ⅱ) 6:00~8:00/18:00~22:00	19,200
Ⅲ) 22:00~6:00	25,600