

別添 1

社会福祉法人 南知多
【介護予防短期入所生活介護】 特別養護老人ホーム あい寿の丘
利用料金表

令和 6年 8月 1日

【単位：円】※自己負担分

| 【基本サービス利用単位】 | | 要支援 1 | 要支援 2 |
|-------------------|-----|-------|-------|
| 併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅰ | 個室 | 4,510 | 5,610 |
| 併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅱ | 多床室 | 4,510 | 5,610 |

【個別加算】

【単位：円】※自己負担分

| | | | |
|------------------|-------|-------|--|
| 機能訓練体制加算 | 120 | 1日につき | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師を1名以上配置しているとして都道府県に届け出ていること。 |
| 個別機能訓練体制加算 | 560 | 1日につき | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。 |
| 送迎加算 | 1,840 | 片道 | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 2,000 | 1日につき | 7日間を限度に算定 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1,200 | 1日につき | |

※対象となった時のみ加算されるもの

【体制加算】

【単位：円】※自己負担分

| | | | |
|----------------|-------|-------|---|
| サービス提供強化加算Ⅰ | 220 | 1日につき | 介護福祉士が介護職員数の80%以上配置されていること 又は、勤続年数が10年以上かつ介護福祉士が介護職員数の35%以上配置されていること。 |
| サービス提供強化加算Ⅱ | 180 | 1日につき | 介護福祉士が介護職員数の60%以上配置されていること。 |
| サービス提供強化加算Ⅲ | 60 | 1日につき | 介護福祉士が介護職員数の50%以上配置されていること。 又は、常勤職員75%以上配置されていること。 又は、勤続7年以上の職員が30%以上配置されていること。 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 14.0% | 1月につき | 上記の料金総額（基本サービス費＋各加算）に左記%をかけた金額を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 13.6% | 1月につき | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | 11.3% | 1月につき | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | 9.0% | 1月につき | |

※施設が体制を整えた時に加算されるもの。月々により加算内容が変更になる場合有り

※サービス提供体制強化加算については、ⅠからⅢのうちどれか一つの加算となる

※実際の負担額は、介護保険告知上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする

【減算】

| | | | |
|----------------|-------|-------|---|
| 身体拘束廃止措置未実施減算 | -1.0% | 1月につき | 身体的拘束等の適正化を図る措置が講じられていない場合 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | -1.0% | 1月につき | 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合 |
| 業務継続計画未策定減算 | -1.0% | 1月につき | 感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定していない場合 |

【食費・居住費】

【単位：円】日額

| 項目 | 食費 | 個室 | 多床室 |
|-------|-------|-------|-----|
| 標準負担額 | 1,445 | 1,231 | 915 |
| 第1段階 | 300 | 380 | 0 |
| 第2段階 | 600 | 480 | 430 |
| 第3段階① | 1,000 | 880 | 430 |
| 第3段階② | 1,300 | 880 | 430 |

※ご利用者の収入状況等により料金が異なるもの

| 食費 | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|----|-----|-----|-----|
| | 303 | 608 | 534 |

介護保険外利用料（全額自己負担）

| 項目 | 単位：円 | 備考 |
|------|---------|----------------------------------|
| おやつ代 | 100 / 日 | お茶以外の飲み物代及び選択おやつ代 （経管栄養の方は除く） |
| その他 | 実費 | 利用者が希望・必要とする物 |