

【ご利用料金表 介護保険の対象になるもの 令和3年8月1日～】

特別養護老人ホーム山翠園(ショートステイ)

指定介護予防短期入所生活介護

1単位=10円

| 介護予防<br>ショート   | 区分          |  | 基本単位  | 機能訓練指導<br>体制加算 | サービス提供体<br>制強化加算<br>(I) | 送迎単位     |  | 総単位                    | 処遇改善加<br>算60/1000   | 特定処遇加<br>算23/1000 | ※利用1回 本人負担 |        |        |      |
|--|-------------|--|-------|----------------|-------------------------|----------|--|------------------------|---|-------------------|------------|--------|--------|------|
|  |             |  | A     | B              | C                       | D(往復の場合) |  | A+B+C+D                | E   |                   | A+B+C+D+E  |        |        |      |
| 要支援1   | イ(2)(ニ)(Ⅱ)a |  | 446/日 | 12/日           | 22/日                    | 368/回    |  | ※片道184<br>単位になり<br>ます。 | 848単位   | 71円               | 919円       | 1,838円 | 2,757円 |      |
| 要支援2   | イ(2)(ニ)(Ⅱ)b |  | 555/日 | 12/日           | 22/日                    | 368/回    |  |                        | 957単位   | 79円               | 1,036円     | 2,072円 | 3,108円 |      |
|  |             |  |       |                |                         |          |  |                        | ※送迎回数により異なります。  |                   |            | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担 |
| ※1状況等により若年性認知症受入加算(限度7日間) 120単位/日が加算されます。<br>※2状況等により認知症の行動・心理症状の対応加算 200単位/日が加算されます。<br>※3状況等により認知症専門ケア加算(I)3単位/日が加算されます。 |             |  |       |                |                         |          |  |                        | ※Eの金額は、D送迎の回数・左記分(※1~3)のご利用があった場合は金額が変わりご負担額も変更になります。<br>※法定代理受領サービスであるときは、本人負担は介護保険負担割合証に記載された負担割合になります。 |                   |            |        |        |      |

指定短期入所生活介護費

| 介護<br>ショート      | 区分          |                     | 基本単位   | 機能訓練指導<br>体制加算 | 看護体制加算<br>(Ⅲ) | 看護体制加算<br>(Ⅳ) | 夜勤職員配置<br>加算(Ⅲ)                                       | サービス提供体<br>制強化加算<br>(I) | 送迎単位     |  | 総単位                             | 処遇改善加算<br>60/1000 | 特定処遇加算<br>23/1000 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|-------------|---------------------|--------|----------------|---------------|---------------|---|-------------------------|----------|--|---------------------------------|-------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
|                 |             | 併設型短期入所<br>生活介護費(Ⅱ) | A      | B              | C             | D             | E   | F                       | G(往復の場合) |  | A+B+C+D<br>+E+F+G               | H                 |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護1            | イ(2)(ニ)(Ⅱ)a |                     | 596/日  | 12/日           | 12/日          | 23/日          | 15/日  | 22/日                    | 368/回    |  | ※片道:<br>184単位に<br>なります。         | 1,048単位           | 87円               |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護2            | イ(2)(ニ)(Ⅱ)b |                     | 665/日  | 12/日           | 12/日          | 23/日          | 15/日  | 22/日                    | 368/回    |  |                                 | 1,117単位           | 93円               |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護3            | イ(2)(ニ)(Ⅱ)c |                     | 737/日  | 12/日           | 12/日          | 23/日          | 15/日  | 22/日                    | 368/回    |  |                                 | 1,189単位           | 98円               |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護4            | イ(2)(ニ)(Ⅱ)d |                     | 806/日  | 12/日           | 12/日          | 23/日          | 15/日  | 22/日                    | 368/回    |  |                                 | 1,258単位           | 104円              |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護5            | イ(2)(ニ)(Ⅱ)e |                     | 874/日  | 12/日           | 12/日          | 23/日          | 15/日  | 22/日                    | 368/回    |  |                                 | 1,326単位           | 110円              |  |  |  |  |  |  |  |
| ※本人負担           |             |                     |        |                |               |               |   |                         |          |  | ※送迎の回数により異なります。                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| A+B+C+D+E+F+G+H |             |                     |        |                |               |               |   |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護1            |             |                     | 1,135円 | 2,270円         | 3,405円        |               | ※1 状況等により 若年性認知症受入加算(限度7日間) 120単位/日が加算されます。           |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護2            |             |                     | 1,210円 | 2,420円         | 3,630円        |               | ※2 状況等により 認知症の行動・心理症状の対応加算 200単位/日が加算されます。            |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護3            |             |                     | 1,287円 | 2,574円         | 3,861円        |               | ※3 状況等により認知症専門ケア加算(I)3単位/日が加算されます。                    |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護4            |             |                     | 1,362円 | 2,724円         | 4,086円        |               | ※4 その他状況により国が定める加算の対象になる場合があります。                      |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護5            |             |                     | 1,436円 | 2,872円         | 4,308円        |               | ※Hの金額は、G送迎の回数・上記分(※1~4)のご利用があった場合は金額が変わりご負担額も変更になります。 |                         |          |  |                                 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 1割負担            |             |                     |        |                |               |               |   |                         |          |  | 2割負担                            |                   | 3割負担              |  | ※法定代理受領サービスであるときは、本人負担は介護保険負担割合証に記載された負担割合になります。 |  |  |  |  |  |
|                 |             |                     |        |                |               |               |   |                         |          |  | ※令和3年9月30日まで基本単価の0.1%分が上乘せされます。 |                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |

# 【ご利用料金表 介護保険の対象外のもの 令和3年8月1日～】

食費・居住費の費用（1日あたり）

| 負担段階          | 食費     | 居住費  | おやつ代 |
|---------------|--------|------|------|
| 第1段階          | 300円   | 0円   | 40円  |
| 第2段階          | 600円   | 370円 | 40円  |
| 第3段階①         | 1,000円 | 370円 | 40円  |
| 第3段階②         | 1,300円 | 370円 | 40円  |
| 第4段階<br>(対象外) | 1,445円 | 855円 | 40円  |

食費内訳

|    |        |
|----|--------|
| 朝食 | 380円   |
| 昼食 | 565円   |
| 夕食 | 500円   |
| 計  | 1,445円 |

「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている方は、上記の料金表の通り認定証に記載されている負担限度額となります。

(日常生活外)費用一覧

ご利用者又はご契約者等の希望によりご負担を頂くもの

|                  |                              |      |   |                |  |        |
|------------------|------------------------------|------|---|----------------|--|--------|
| 電気使用料<br>(1日あたり) | 電気毛布                         | 100円 | 医療機関(園車使用料への受診)   | 山本・善導寺地区にある病院等 | 1,700円   |        |
|                  | テレビ                          | 50円  |   | ※2 ※3          | 聖マリア病院・古賀病院・新古賀病院・古賀病院<br>21・久留米市総合病院・久留米大学病院<br>その他久留米市中心部病院等 | 3,200円 |
|                  | パソコン(タブレットを含む)               | 30円  |   |                | その他の地区にある病院等   | 2,200円 |
|                  | スマートフォン                      | 30円  |   |                | 救急車同行職員帰園費用(タクシー代等)  | 実費     |
|                  | 音楽プレイヤー(ラジオを含む)              | 30円  |   |                | ※1 事業所の判断により、設定できるものとする。                                       |        |
|                  | 扇風機                          | 30円  | ※2 短期入所利用期間中における医療機関の受診(体調不良に伴う受診・緊急性のない定期的通院・内服薬処方受診)はご家族で対応をお願いします。施設としては原則行いません。但し、緊急時はこれに限りません。 |                |  |        |
|                  | 電気スタンド                       | 30円  | ※3 ご家族での対応がどうしても困難で事業所に依頼する場合は、上記金額で負担いただきます(医療機関への園車使用料は、片道の料金)。                                   |                |  |        |
|                  | 携帯電話(電話端末のみ)                 | 10円  |   |                |  |        |
|                  | 電気カミソリ                       | 10円  |   |                |  |        |
|                  | その他                          | ※1   |   |                |  |        |
| その他              | 理・美容代                        | 実費   |   |                |  |        |
|                  | 入場代・食事代・外注食品等・その他に必要と認められるもの | 実費   |   |                |  |        |
|                  | 健康管理費(インフルエンザなど予防接種の費用)      | 実費   |   |                |  |        |
|                  | クリーニング等その他、本人負担が妥当と考えられるもの   | 実費   |   |                |  |        |

