

介護予防短期入所生活介護

こまえ正吉苑

料 金 表

1. 基本料金
併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅰ(個室)

単位 円/日

区分	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額	長期利用減算 (31日以降)
要支援 1	451	4,906	491	442
要支援 2	561	6,103	611	548

併設型介護予防短期入所生活介護費Ⅱ(多床室)

単位 円/日

区分	単位数	単位数	利用者負担額	長期利用減算 (31日以降)
要支援 1	451	4,906	491	442
要支援 2	561	6,103	611	548

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

2. 当施設の居住費・食費の負担額(単位: 円/日)

対象者		預貯金などの 資産の状況	区分	滞在費 (居住費)		食費
				多床室	個室	
生活保護受給者		単身: 1000万円以下 夫婦: 2000万円以下	段階 1	0	380	300
本人が住民税非課 税世帯、世帯を別 にする配偶者も住 民税非課税	高齢福祉年金受給者					
	前年の合計所得金額+年 金収入額が80万円以下	単身: 650万円以下 夫婦: 1650万円以下	段階 2	430	480	600
	前年の合計所得金額+年 金収入額が80万円超120 万円以下	単身: 550万円以下 夫婦: 1550万円以下	段階 3	430	880	1,000
	前年の合計所得金額+年 金収入額が120万円超	単身: 500万円以下 夫婦: 1500万円以下	段階 3	430	880	1,300
上記以外の方			段階 4	1,450	2,430	1,650

※食費1650円の内訳としては、朝食 (396円)・昼食 (792円)・夕食 (462円) とし、実際の提供分のみのお支払いとなります。

居住費と食費にかかる自己負担額は、負担限度額認定を受けている場合、認定証書に記載のある負担限度額が自己負担の上限額となります。

3. その他の加算

<体制加算>

項目	加算内容	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額
生活相談員等配置加算	生活相談員を配置し、かつ、地域貢献活動を 実施している	+13	141	15
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	介護福祉士が80%以上配置されているまたは、 勤続10年以上介護福祉士35%以上	+22	239	24
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護福祉士が60%以上配置されている	+18	195	20
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	介護福祉士50%以上もしくは、常勤職員75% 以上もしくは、勤続7年以上30%以上	+6	65	7
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	ご利用者の安全、サービスの質の確保と職員の負担軽減 方法を検討する委員会の設置、テクノロジーの導 入、改善した内容の継続的実施とそのデータの提供。	+100	1,088	109
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	こうした仕組みの構築によって加算する	+10	108	11
機能訓練体制加算	専任の機能訓練指導員を配置している	+12	130	13

<実績による加算>

単位 円/日

口腔連携強化加算	月に1回を限度、職員が口腔の健康状態評価を実施し、 歯科医療機関、担当CMに情報提供した場合。	+50	544	55
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症高齢者の緊急受入れと判断された場合	+200	2,176	218
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者の方を受け入れた場合	+120	1,305	131
送迎加算	施設による送迎を行った場合 (片道)	+184	2,001	201
療養食加算	医師の指示による食事 1食毎の算定、1日3回を上限	+8	87	9
個別機能訓練加算	専任の機能訓練指導員が利用者の居宅を訪問した上で 作成した個別機能訓練に基づいて訓練を行う場合	+56	609	61

<新 介護職員処遇改善加算>

※ 令和6年6月1日～適用

○介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定合計単位数に14.0%を乗じた単位数
○介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	所定合計単位数に13.6%を乗じた単位数
○介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	所定合計単位数に11.3%を乗じた単位数
○介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	所定合計単位数に9.0%を乗じた単位数

<処遇改善等加算 (旧)>

※ 令和6年5月31日まで適用

○介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定合計単位数に8.3%を乗じた単位数
○介護職員等ベースアップ等支援加算	所定合計単位数に1.6%を乗じた単位数
○介護職員特定処遇改善加算	所定合計単位数に2.7%を乗じた単位数

令和7年2月1日 現在

事業所名 こまえ正吉苑短期入所生活介護
説明者 氏 名

私は、本書面により、事業者から短期入所生活介護についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利 用 者 氏 名

代 理 人 氏 名

続 柄