

ショートステイ三城（単独型ユニット型短期入所生活介護）料金表

利用定員 20名
短期入所生活介護

1日分
令和4年10月

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援1	要支援2
A	介護基本	738	806	881	949	1,017	555	674
B (加算)	機能訓練体制加算	△	△	△	△	△	△	△
	サービス提供体制強化加算	—	—	—	—	—	—	—
	看護体制加算Ⅰ	4	4	4	4	4	—	—
	看護体制加算Ⅱ	8	8	8	8	8	—	—
	サービス提供体制加算Ⅲ	6	6	6	6	6	6	6
	在宅中重度者受入加算 413/日	△	△	△	△	△	—	—
	医療連携強化加算 58	△	△	△	△	△	—	—
	若年性認知症利用者受入加算 120	△	△	△	△	△	△	△
	認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 (7日のみ)	△	△	△	△	△	△	△
	緊急短期入所受入加算 90 (7日のみ)	△	△	△	△	△	—	—
送迎加算 片道 184	△	△	△	△	△	△	△	
C 計 (A+B)		756	824	899	967	1,035	561	680
D 介護職員処遇改善加算Ⅰ C×利用日数×8.3%		63	68	75	80	86	47	56
E 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ C×利用日数×2.7%		△	△	△	△	△	△	△
F 介護職員等ベースアップ等支援加算 C×利用日数×1.6%		12	13	14	15	17	9	11
G 介護報酬 単位数合計 C+D+E+F		831	905	988	1,062	1,138	617	747
H 介護報酬 F×地域加算単価(10.17円)		8,451	9,203	10,047	10,800	11,573	6,274	7,596
I 介護報酬負担額 [円]		846	921	1,005	1,080	1,158	628	760

※△はサービスを実施された場合に加算されます。上記表に△は算定されていません。

利用者負担額（負担割合 1割の方）

[円]

I 介護報酬負担額(日額)	846	921	1,005	1,080	1,158	628	760
J 食費 負担額(日額)	1,455	1,455	1,455	1,455	1,455	1,455	1,455
K 滞在費 負担額(日額)	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006
L その他負担額							
M 利用者 負担額(日額) 計	4,307	4,382	4,466	4,541	4,619	4,089	4,221

※負担割合が2割負担の方はIの額が2倍、3割負担の方はIの額は3倍となります。

※午前退所又は入退所共に午後の場合、退所日の滞在費のご負担はありません。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方の一日のご利用負担額（食費、滞在費が減額となります）

[円]

第1段階 食費 300円 居住費 820円 /日	1,966	2,041	2,125	2,200	2,278	1,748	1,880
第2段階 食費 600円 居住費 820円 /日	2,266	2,341	2,425	2,500	2,578	2,048	2,180
第3段階① 食費 1000円 居住費1,310円 /日	3,156	3,231	3,315	3,390	3,468	2,938	3,070
第3段階② 食費 1300円 居住費1,310円 /日	3,456	3,531	3,615	3,690	3,768	3,238	3,370
第4段階 食費 1455円 居住費2,006円 /日	4,307	4,382	4,466	4,541	4,619	4,089	4,221

※介護保険負担限度額認定申請をされていない方、もしくは申請の結果「非該当」の通知が届いた方は、介護保険負担限度額認定証がありません。認定証のない方は第4段階の金額となります。

|

|