利用料金のご案内

令和６年６月１日改定

北松園ハイツ指定短期入所生活介護事業所（ショートステイ）

ご利用料金は、要介護度や世帯の課税状況等により異なり、下記の合計額となります。

介護保険対象サービス

（１日あたり）

	サービス費	加　算	合　計	ご負担額 1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要支援１	529 単位	計 22 単位	551 単位	551 円	1,102 円	1,653 円
要支援２	656 単位	（サービス提供体制強化加算Ⅰ　22 単位）	678 単位	678 円	1,356 円	2,034 円
要介護１	704 単位		776 単位	776 円	1,552 円	2,328 円
要介護２	772 単位	計 42 単位	814 単位	814 円	1,628 円	2,442 円
要介護３	847 単位	（夜勤職員配置加算Ⅳイ　20 単位	889 単位	889 円	1,778 円	2,667 円
要介護４	918 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ　22 単位）	960 単位	960 円	1,920 円	2,880 円
要介護５	987 単位		1,029 単位	1,029 円	2,058 円	3,087 円

※上表のほか、

・月単位の加算として以下が加算されます。

【生産性向上推進体制加算Ⅱ】　１月につき 10 単位

・介護職員等処遇改善にかかる加算として以下が加算されます。

【介護職員処遇改善加算Ⅰ】　合計額の 14.0%

・条件等により以下が加算されます。

【送迎加算】片道１回につき 184 単位（送迎サービスを利用した場合）

【緊急短期入所受入加算】１ 日につき 90 単位（居宅サービス計画において計画されていない期間に、利用者の状態や家族等の事情により指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に当サービスを利用することが必要と認めて利用した場合、利用開始日から 7 日間（家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は 14 日間）を限度に算定）※要支援の方を除く

【認知症行動心理症状対応加算】１日につき 200 単位（医師が認知症の行動・心理症状により緊急に当サービスを利用することが適当であると判断した場合、利用開始日から７日間を限度に算定）

※ひと月のご負担額が一定額を超えた場合に、超過額が払い戻される「高額介護サービス費」制度の対象です。

食費・滞在費

※負担限度額の適用には保険者（市町村等）の認定が必要です。

（１日あたり）

	基準				食費	滞在費	食費・滞在費ご負担額計
４段階	負担限度額認定を受けていない方				1,500 円（朝 420 円 昼 540 円 夕 540 円）	2,006 円	3,506 円
３段階②	世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が住民税非課税	年金収入等 120 万円超	預貯金等	単身 500 万円未満 夫婦 1,500 万円未満	1,300 円	1,310 円	2,610 円
３段階①		年金収入等 80 万円超 120 万円以下	預貯金等	単身 550 万円未満 夫婦 1,550 万円未満	1,000 円	1,310 円	2,310 円
２段階		年金収入等 80 万円以下	預貯金等	単身 650 万円未満 夫婦 1,650 万円未満	600 円	820 円	1,420 円
１段階	生活保護を受給されている方 老齢福祉年金を受給されている方				300 円	820 円	1,120 円

その他のサービス

	内　容	ご負担額
個人用電化製品の使用料	個人用のテレビ・冷蔵庫・湯沸器を持ち込む場合	１日１台につき 50 円
理美容サービス	出張理美容サービスを利用した場合	実費
外出・レクリエーション費	ご利用者様のご希望に応じて外出・飲食等した場合	実費
実施地域外送迎代	通常の事業の実施地域（盛岡市）外の送迎の場合	１キロメートルにつき 40 円
キャンセル料	前日までに連絡なく利用キャンセルした場合	1,500 円

１日あたり、ひと月あたりの概算額は、ウラ面をご覧ください。

利用料金早見表（概算）

1日あたり（単位：円）

負担限度額	負担割合	要介護度						
		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段階	1割負担	1,748	1,893	1,970	2,048	2,133	2,214	2,293
2段階	1割負担	2,048	2,193	2,270	2,348	2,433	2,514	2,593
3段階①	1割負担	2,938	3,083	3,160	3,238	3,323	3,404	3,483
3段階②	1割負担	3,238	3,383	3,460	3,538	3,623	3,704	3,783
4段階	1割負担	4,134	4,279	4,356	4,434	4,519	4,600	4,679
	2割負担	4,762	5,052	5,206	5,362	5,532	5,694	5,852
	3割負担	5,390	5,825	6,056	6,290	6,545	6,788	7,025
送迎を行う場合　片道1回【　1割負担：184　2割負担：368　3割負担：552　】								

●上表に含まれている加算等	食費、滞在費、基本報酬、サービス提供体制強化加算Ⅰ（22単位）、夜勤職員配置加算Ⅳ（20単位）※要支援除く、 介護職員処遇改善加算Ⅰ（合計額の14.0%）
●上表に含まれていない加算等 （条件によって算定するもの）	生産性向上推進体制加算Ⅱ（月10単位）、認知症行動心理症状対応加算（200単位）、緊急短期入所受入加算（90単位）※要支援除く、 その他のサービス費（理美容代ほか）

※上表は概算額です。端数処理等により実際の負担額と異なる場合があります。

※負担限度額・負担割合は、それぞれ負担限度額認定証・負担割合証をご確認ください。

R6.6