

1. 料金表 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護

(1) サービス利用料金表 (1日あたり)

※ 下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担分)と食費・滞在費に係る自己負担額をお支払ください。(サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。)

※ 下記表の金額の別に施設が適応受ける加算と個別で適応される加算、個別に日常生活にかかる日常生活物品の費用がかかります。

① 多床室

要介護度	負担段階	介護保険給付対象サービス		介護保険給付対象外サービス		月額(30日)概算合計	
		1割負担	2割負担	居住費	食費	1割負担	2割負担
要支援1	第1段階	446円	892円	0円	300円	22,380円	
	第2段階			370円	390円	36,180円	
	第3段階			370円	650円	43,980円	
	第4段階			855円	1,500円	84,030円	168,060円
要支援2	第1段階	555円	1,110円	0円	300円	25,650円	
	第2段階			370円	390円	39,450円	
	第3段階			370円	650円	47,250円	
	第4段階			855円	1,500円	87,300円	174,600円
要介護1	第1段階	596円	1,192円	0円	300円	26,880円	
	第2段階			370円	390円	40,680円	
	第3段階			370円	650円	48,480円	
	第4段階			855円	1,500円	88,530円	177,060円
要介護2	第1段階	665円	1,330円	0円	300円	28,950円	
	第2段階			370円	390円	42,750円	
	第3段階			370円	650円	50,550円	
	第4段階			855円	1,500円	90,600円	181,200円
要介護3	第1段階	737円	1,474円	0円	300円	31,110円	
	第2段階			370円	390円	44,910円	
	第3段階			370円	650円	52,710円	
	第4段階			855円	1,500円	92,760円	185,520円
要介護4	第1段階	806円	1,612円	0円	300円	33,180円	
	第2段階			370円	390円	46,980円	
	第3段階			370円	650円	54,780円	
	第4段階			855円	1,500円	94,830円	189,660円
要介護5	第1段階	874円	1,748円	0円	300円	35,220円	
	第2段階			370円	390円	49,020円	
	第3段階			370円	650円	56,820円	
	第4段階			855円	1,500円	96,870円	193,740円

② 従来型個室

要介護度	負担段階	介護保険給付 対象サービス		介護保険給付 対象外サービス		月額（30日） 概算合計	
		1割負担	2割負担	居住費	食費	1割負担	2割負担
要支援1	第1段階	446円	892円	320円	300円	31,980円	
	第2段階			420円	390円	37,680円	
	第3段階			820円	650円	57,480円	
	第4段階			1,171円	1,500円	93,510円	187,020円
要支援2	第1段階	555円	1,110円	320円	300円	35,250円	
	第2段階			420円	390円	40,950円	
	第3段階			820円	650円	60,750円	
	第4段階			1,171円	1,500円	96,780円	193,560円
要介護1	第1段階	596円	1,192円	320円	300円	36,480円	
	第2段階			420円	390円	42,180円	
	第3段階			820円	650円	61,980円	
	第4段階			1,171円	1,500円	98,010円	196,020円
要介護2	第1段階	665円	1,330円	320円	300円	38,550円	
	第2段階			420円	390円	44,250円	
	第3段階			820円	650円	64,050円	
	第4段階			1,171円	1,500円	100,080円	200,160円
要介護3	第1段階	737円	1,474円	320円	300円	40,710円	
	第2段階			420円	390円	46,410円	
	第3段階			820円	650円	66,210円	
	第4段階			1,171円	1,500円	102,240円	204,480円
要介護4	第1段階	806円	1,612円	320円	300円	42,780円	
	第2段階			420円	390円	48,480円	
	第3段階			820円	650円	68,280円	
	第4段階			1,171円	1,500円	104,310円	208,620円
要介護5	第1段階	874円	1,748円	320円	300円	44,820円	
	第2段階			420円	390円	50,520円	
	第3段階			820円	650円	70,320円	
	第4段階			1,171円	1,500円	106,350円	212,700円

③ 加算料金表Ⅰ（施設全体が適応を受け、ご利用者全員に適用される項目；概算/日）
 その他介護保険の給付される費用の一部として、ご利用者の心身の状況により、以下の料金をいただくことがあります。

加 算	1割	2割	算 定 回 数 等
夜勤職員配置加算(Ⅰ)※介護予防除く	13円	26円	国が定める夜勤職員の勤務条件等基準を満たすこと。
夜勤職員配置加算(Ⅱ)※介護予防除く	18円	36円	
看護体制加算(Ⅰ)※介護予防除く	4円	8円	常勤の看護師を1名以上配置している場合
看護体制加算(Ⅱ)※介護予防除く	8円	16円	基準を上回る看護職員の配置がされている場合
機能訓練指導員配置加算	12円	24円	機能訓練の職務に従事する看護師等の配置がある場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	22円	44円	質の高いケアを実施する観点から、ご

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円	36 円	利用者数に対し介護福祉士の一定割合以上・3年以上の勤続年数のある職員を配置していること。(いずれか)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 円	12 円	
介護職員処遇改善加算	経験もしくは資格等に応じた昇給や一定水準に基づいた定期昇給を判定する仕組みを設けて、介護職員の賃金改善に関する計画を策定し、賃金改善以外の処遇改善への届出等のある場合。介護報酬総単位数×0.083 (8.3%)		
介護職員等特定処遇改善加算	介護処遇改善加算に加えて、資質の向上、労働環境処遇の改善その他の要件を満たし、介護職員の賃金改善に関する計画策定、賃金改善以外の処遇改善への届出等のある場合。介護報酬総単位数×0.027 (2.7%)		
新型コロナウイルス上乗せ加算	新型コロナウイルス蔓延防止、予防に関する経費分としている。介護報酬単位数×0.01 (0.1%)		

④ 加算料金表Ⅱ (入居者個別のサービスに応じて適用される項目；概算/日)

加 算	1 割	2 割	算 定 回 数 等
送迎加算	184 円	368 円	ご利用者・ご家族の心身の事情等から送迎を行った場合に加算します。(片道)
機能訓練加算	56 円	112 円	機能訓練指導員を配置し、個別の機能訓練計画を作成の上で機能訓練を行った場合に加算します。
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100 円	200 円	理学療法士等(作業療法士・言語聴覚士・医師)の助言に基づき、機能訓練指導員・看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種がアセスメント・利用者の評価及び個別機能訓練計画を作成しサービスを提供した場合に加算します。
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200 円	400 円	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円	400 円	医師により認知症の講堂・心理症状が認められ、緊急の入所が必要と判断した場合
緊急短期入所受入加算	90 円	180 円	居宅サービス計画書において計画的に行うことになっていない方に対し緊急受入をした場合
療養食加算	23 円	46 円	ご利用者の心身の状況により、医師の指示に基づいて療養食を提供した場合

※ 奄美市の地域区分単価(1単位10円)で計算しています。

※ 保険者(市町村)への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、居住費と食費について、所得に応じた利用者負担の軽減措置があります。(サービス料金表において第4段階を基準額とし、第1～第3段階が軽減措置を受けた場合の金額です。)

※ 介護保険負担割合証において利用者負担の割合が3割となっている方は、介護保険給付対象サービス及び加算の負担が1割負担の3倍となります。提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

- ※ 利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 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、利用者の負担額を変更します。
- ※ 介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

別表 2

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

① 滞在費

利用された日数に応じて滞在費を負担していただきます。

② 食費

1日のうちで召し上がった職数分の食費を負担していただきます。

施設サービスの食事に係る食材料費及び調理費用相当額を負担していただきます。(おやつは含みません。) 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。[原則] 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

また、利用者の自立支援のために離床して食堂にて食事を提供します。

	1食召しあった場合	2食召しあがった場合	3食召しあがった場合	+	おやつ代
合計額	500 円	1,000 円	1,500 円		55 円
単価	1食目 500 円	2食目 500 円	3食目 500 円		

※ 滞在費及び食費については自己負担となります。ただし、所得の状況に応じて負担段階を設けて軽減し、その限度学区を負担していただきます。

利用者負担額		滞在費	食費	
第1段階	世帯全員が 市民税非課 税の方	老齢福祉年金受給者 生活保護受給者など	320 円	300 円
第2段階		年間収入の合計が 80万円以下の方など	420 円	390 円
第3段階		第1段階・第2段階 以外の方など	820 円	650 円
第4段階	上記以外の方 (基準負担額)		1,171 円	1,500 円

〈サービスの概要と利用料金表〉

項目	サービスの概要
1. 特別な食事	捕食；厚生労働大臣が定める基準に基づき、利用者が選別する特別な食事の提供を行った場合に費用（実費）を頂きます。
2. 理美容	出張による理美容サービスをご利用できます。(実費)
3. レクリエーション・行事	利用者の希望により、レクリエーションや行事等のアクティビティ活動に参加した際の材料に要する費用を頂きます。(材料代等の実費)
4. 日常生活用品	日常生活に要する費用で、衣類、履物、洗面用具等のご利用者負担して用者に負担頂くことが適当で日用品の購入代金をご負担いただきます。 ※おむつ代は介護保険給付対象となっており、施設が用意した物を利用していただきますので、ご利用者の費用の負担ありません。(メーカー指定の場合は実費) ※立替の依頼・同意 <input type="checkbox"/> 依頼する・ <input type="checkbox"/> 依頼しない <input type="checkbox"/> 医療費、 <input type="checkbox"/> 日常生活用品 (嗜好品含む)
5. コピー	個人的な希望でコピーを利用される場合はご負担いただきます。(10 円/枚)
6. 外出支援	利用者の個人的な外出・外泊時の移送サービス 10 km以内 500 円 10 km以上 500 円+1 km毎 20 円
7. クリーニング	ご利用者の選択者について、水洗い可能な物の範囲で洗濯サービスは無料で行います。それ以外の選択者については、ご自宅へのお持ち帰り、もしくはご利用者の費用負担でクリーニング店等の専門業者へ依頼することが出来ます。(実費)

ご利用者の選定するサービス

項目		料金		ご希望	
				はい	いいえ
1 特別な食事	① プリン	※特別な食事について記載以外の提供はありません。	実費	はい	いいえ
	② ヨーグルト			はい	いいえ
	③ 牛乳			はい	いいえ
	④ バナナ			はい	いいえ
2 おやつ		55円 / 1回 (税込)		はい	いいえ
3 理美容代	1回 カット代		実費	はい	いいえ
4 貴重品の管理	1ヶ月		1,500円	はい	いいえ
5 複写物の交付		1枚	10円	はい	いいえ
6 移送		10km以内	500円	はい	いいえ
		10km以上1 k m毎	20円		

「個人情報」提供・使用に対する同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、奄美佳南園（短期入所生活介護）における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

1. 事業者が、介護保険法等関係法令に従い、利用者の個別支援計画に基づくサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において使用する場合
2. 利用者の行政等関係機関及び地域包括支援センター・居宅介護支援事業所からの照会に応じる場合
3. 利用者が入院等医療機関で受診する際、医療機関に対して個人情報を使用する場合
4. 事業者が、利用終了によって利用者を他の施設へ紹介するなどの援助を行うに際し必要な個人情報を使用する場合
5. 他の介護サービス給付費等の請求等のため行政機関への連絡調整において使用する場合、及び、行政機関からの照会への回答を行うため使用する場合
6. 施設賠償事由等が発生したことにより保険会社等へ情報提供する場合
7. 法律で定められた報告、届出、統計等を行うために使用する場合
8. サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守するとともにその都度了解を得ることとします。
9. 実習生・ボランティアを受け入れる場合。なお、実習生の場合、ケース担当としてつく場合は、ご本人、ご本人に確認できない場合は家族に、その都度同意を得るものとします。
10. 施設便り発行・DVD作成（施設行事用）など、写真を使用する場合
上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

以上

年 月 日

社会福祉法人聖隷福祉事業団

奄美佳南園 御中

利用者	住 所	
	氏 名	印
署名代行者	氏 名	（続柄）印
家族代表者	住 所	
	氏 名	（続柄）印