

特別養護老人ホーム愛恵苑料金表のご案内

介護老人福祉施設に短期入所していただき、食事、入浴等を提供するサービスです。在宅で介護を必要とする要介護1～5（要支援1～2）の認定を受けた方を対象とし、家族不在時の施設での介護、家族の介護の手を休めたい等、在宅介護を支援することを目標としています。

利用料

●基本料金 要介護1～5の方 1割負担・1日あたり ※原則従来型個室の利用です

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室	579	646	714	781	846
多床室	599	666	734	801	866

●基本料金 要支援1～2の方 1割負担・1日あたり ※原則従来型個室の利用です

	要支援1	要支援2
従来型個室	433	538
多床室	438	539

●加算料金 1割負担・1日あたり ★マークが付いている加算は短期入所生活介護のみ

項目	金額	加算条件
療養食加算	23	医師の指示に基づく療養食を提供した場合
★看護体制加算（Ⅰ）	4	常勤の看護師を1名以上配置している場合（空床利用を行った場合）
★看護体制加算（Ⅱ）	8	看護職員の指定介護老人福祉施設に置くべき看護職員数に1名を加えた数以上配置している24時間の連絡体制の連携ができている（空床利用を行った場合）
機能訓練体制加算	12	常勤且つ専任の機能訓練指導員を1名以上配置している場合
個別機能訓練加算	90	専任の機能訓練指導員を1名以上配置し、居宅訪問計画書を作成した上で個別機能訓練を適切に提供する
★夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13	夜勤を行う介護・看護職員の数が最低基準を1名以上上回っている場合
若年性認知症受入加算	120	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当を決め、その者を中心に該当利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合
★緊急短期入所受入加算	90	緊急に短期入所生活介護が必要、且つ居宅サービス計画に位置付けされていない場合（算定限度日数有）
送迎加算（片道）	184	希望する場合
送迎範囲：いすみ市、御宿町、大多喜町、睦沢町、一宮町（左記以外の方は別途ご相談ください）		
サービス提供体制加算（Ⅰ）イ	18	介護職員の総数のうち、介護福祉士が6割以上
サービス提供体制加算（Ⅱ）ロ	12	介護職員の総数のうち、介護福祉士が5割以上
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6	利用者の直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が3割以上
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	一月につき 所定単位×83/1000 ※所定単位とは、ショートステイサービスにおける1月の単位数の総合計	介護職員の賃金改善の基準に全て適合している
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	一月につき 所定単位×60/1000 ※所定単位とは、ショートステイサービスにおける1月の単位数の総合計	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	一月につき 所定単位×33/1000 ※所定単位とは、ショートステイサービスにおける1月の単位数の総合計	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の90/100に相当する単位	介護職員の賃金改善の基準に一部適合しない部分がある
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の80/100に相当する単位	

なお、基本料金および加算料金は介護保険負担割合証に準じます

●居住に要する費用（水道光熱費および室料）1日あたり

居住に要する自己負担額	従来型個室	多床室
被保険者第1段階	320円	0円
被保険者第2段階	420円	370円
被保険者第3段階	820円	370円
被保険者第4段階	1,150円	840円

●食事に要する費用（食材費および調理費）

食事に要する自己負担額	金 額			
被保険者第 1 段階	300 円（1 日あたり）			
被保険者第 2 段階	390 円（1 日あたり）			
被保険者第 3 段階	650 円（1 日あたり）			
被保険者第 4 段階 （1 食あたり）	朝食	昼食	おやつ	夕食
	400 円	600 円	100 円	500 円

※ ただし、介護保険負担限度額証に記載された金額に、食費が満たない場合は 1 食あたりの食費のご負担となります

●介護保険給付の対象とならないサービス

特別な食事	希望する場合は実費
理美容代	実 費
その他、日常生活に係る費用については実費負担となります	

ご利用については担当の介護支援専門員にお気軽にご相談ください

連絡先

社会福祉法人愛恵会

ショートステイサービス愛恵苑

〒299-4623 千葉県いすみ市岬町中滝 1692-3

TEL 0470-87-8861 FAX 0470-87-9119