

特別養護老人ホームプレシャス横浜短期入所生活介護
利用料金のご案内

令和5年11月1日現在

＜短期入所生活介護サービス費＞

(1日あたりの単位数)

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費		696	764	838	908	976
加 算	看護体制加算【Ⅰ】	4				
	看護体制加算【Ⅱ】	8				
	夜勤職員配置加算【Ⅱ】	18				
	サービス提供体制強化加算【Ⅰ】	22				
	介護職員処遇改善加算【Ⅰ】	8.3 %				
1日あたりの介護料		881	961	1,049	1,131	1,211

※横浜市は2級地の地域単価(10.88/1単位)で計算しています。上記は1割負担の場合の参考金額であり、負担割合が2割以上の場合には「2」若しくは「3」を乗じた額が1日あたりの施設サービス費となります。

＜居住費・食費＞

(1日あたりの利用料)

居 住 費	第1段階	820 円/日
	第2段階	820 円/日
	第3段階 ①	1,310 円/日
	第3段階 ②	1,310 円/日
	第4段階	2,006 円/日
食 費	第1段階	300 円/日
	第2段階	600 円/日
	第3段階 ①	1,000 円/日
	第3段階 ②	1,300 円/日
	第4段階	1,500 円/日

※食費内訳(朝食:350円、昼食:530円、夕食:520円、おやつ:100円)

1日あたりの利用料金合計目安

(単位:円)

1割負担		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合 計	第1段階	2,001	2,081	2,169	2,251	2,331
	第2段階	2,301	2,381	2,469	2,551	2,631
	第3段階 ①	3,191	3,271	3,359	3,441	3,521
	第3段階 ②	3,491	3,571	3,659	3,741	3,821
	第4段階	4,387	4,467	4,555	4,637	4,717
2割負担		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	第4段階	5,269	5,429	5,603	5,768	5,929
3割負担		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	第4段階	6,150	6,390	6,652	6,900	7,140

※第1段階から第4段階は、介護保険負担限度額を表します。介護保険負担限度額認定証につきましては区役所への申請が必要です。

※利用料金は、要介護度・介護保険負担限度額によって異なります。又、配置基準、制度改正により変更になる場合がございますので、ご了承ください。

※その他の各種加算料金

送迎加算(片道)	184単位	居宅と事業所間の送迎を行う場合。(1回につき)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位	認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であり、緊急入所した場合。(1日につき)
機能訓練指導体制加算	12単位	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員等を1名以上配置している。(1日につき)
個別機能訓練加算	56単位	利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員がADL、IADLの維持・向上を目的として個別の機能訓練を実施した場合。(1日につき)
若年性認知症入所者受入加算	120単位	若年性認知症利用者に対してサービスを提供した場合。(1日につき)
医療連携強化加算	58単位	急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡取れない等の場合における対応に係る取り決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合。(1日につき)
緊急短期入所受入加算	90単位	緊急に短期入所生活介護を受ける必要がある者を、緊急利用として受け入れた場合。(1日につき)
療養食加算	8単位	医師の指示による特別食を提供する場合(1日3回まで)
サービス提供体制強化加算【Ⅰ】	22単位	介護福祉士80%以上、勤務年数10年以上の介護福祉士が35%以上
サービス提供体制強化加算【Ⅱ】	18単位	介護福祉士60%以上
サービス提供体制強化加算【Ⅲ】	6単位	介護福祉士50%以上、常勤職員が75%以上、勤続年数7年以上の者が30%以上

※その他の各種加算を算定させていただく場合は事前に相談させていただきます。

●病院受診代、歯科受診代、健康管理費(インフルエンザ予防接種代等)、理美容代、入居者の希望する趣味・嗜好品・出前等の飲食代・個人のレクリエーション等にかかる品物代等は自費となります。

別紙(1)

特別養護老人ホームプレシヤス横浜 **介護予防短期入所生活介護**
利用料金のご案内

令和5年11月1日現在
(1日あたりの単位数)

<介護予防短期入所生活介護サービス費>

要介護度		要支援1	要支援2
施設サービス費		523	649
加算	サービス提供体制強化加算【Ⅰ】	22	
	介護職員処遇改善加算【Ⅰ】	8.3 %	
1日あたりの介護料		642	791

※横浜市は2級地の地域単価(10.88/1単位)で計算しています。上記は1割負担の場合の参考金額であり、負担割合が2割以上の場合には「2」若しくは「3」を乗じた額が1日あたりの施設サービス費となります。

<居住費・食費>

(1日あたりの利用料)

居住費	第1段階	820 円/日
	第2段階	820 円/日
	第3段階 ①	1,310 円/日
	第3段階 ②	1,310 円/日
	第4段階	2,006 円/日
食費	第1段階	300 円/日
	第2段階	600 円/日
	第3段階 ①	1,000 円/日
	第3段階 ②	1,300 円/日
	第4段階	1,500 円/日

※食費内訳(朝食:350円、昼食:530円、夕食:520円、おやつ:100円)

1日あたりの利用料金合計目安

(単位:円)

1割負担		要支援1	要支援2
合計	第1段階	1,762	1,911
	第2段階	2,062	2,211
	第3段階 ①	2,952	3,101
	第3段階 ②	3,252	3,401
	第4段階	4,148	4,297

2割負担		要支援1	要支援2
合計	第4段階	4,790	5,087
3割負担		要支援1	要支援2
合計	第4段階	5,433	5,878

※第1段階から第4段階は、介護保険負担限度額を表します。介護保険負担限度額認定証につきましては区役所への申請が必要です。

※利用料金は、要介護度・介護保険負担限度額によって異なります。又、配置基準、制度改正により変更になる場合がございますので、ご了承ください。

※その他の各種加算料金

送迎加算(片道)	184単位	居宅と事業所間の送迎を行う場合。(1回につき)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位	認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であり、緊急入所した場合。(1日につき)
機能訓練指導体制加算	12単位	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員等を1名以上配置している。(1日につき)
個別機能訓練加算	56単位	利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員がADL、IADLの維持・向上を目的として個別の機能訓練を実施した場合。(1日につき)
若年性認知症入所者受入加算	120単位	若年性認知症利用者に対してサービスを提供した場合。(1日につき)
療養食加算	8単位	医師の指示による特別食を提供する場合。(1日3回まで)
サービス提供体制強化加算【Ⅰ】	22単位	介護福祉士80%以上、勤務年数10年以上の介護福祉士が35%以上
サービス提供体制強化加算【Ⅱ】	18単位	介護福祉士60%以上
サービス提供体制強化加算【Ⅲ】	6単位	介護福祉士50%以上、常勤職員が75%以上、勤続年数7年以上の者が30%以上

※その他の各種加算を算定させていただく場合は事前に相談させていただきます。

●病院受診代、歯科受診代、健康管理費(インフルエンザ予防接種代等)、理美容代、入居者の希望する趣味・嗜好品・出前等の飲食代・個人のレクリエーション等にかかる品物代等は自費となります。

短期入所利用申込書

FAX : 045 - 530-4665

(申込者)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

郵便番号	
住所	
フリガナ 氏名	
電話	

特別養護老人ホームプレシヤス横浜 ショートステイ利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏名		男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日生	歳
-----	------------	--	-----	----------------------	---

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 施設や病院をすでに利用されている方はご記入ください。 施設名または病院名 _____ 所在地・担当者名 _____				
----	--	--	--	--	--

緊急時等 連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	②	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	③	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	

かかりつけ医	医療機関名	電話番号	科 担当医
	医療機関名	電話番号	科 担当医
	医療機関名	電話番号	科 担当医

ケアマネジャー情報

事業所名	電話番号 FAX番号	フリガナ 担当者
------	---------------	-------------

希望理由 (利用者・家族)	
---------------	--

送迎希望 (有・無)	送迎時、訪問介護利用 (有・無)
------------	------------------

希望頻度 月 回 ※ 1回 泊 日くらい	備考 (希望曜日など)
----------------------------	-------------

ご利用者様の状況等

介護度	支援1	支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	区変中
負担割合	1割	2割	3割	申請中					
負担限度	1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階	申請中	生活保護		
歩行状況	独歩	杖	手引き	車椅子	リクライニング	その他：			
お食事 状況	常食	軟飯	お粥	ペースト	制限等				
	常食	一口大	刻み	極刻み					
既往歴	認知症	脳梗塞	脳出血	心不全	心筋梗塞	狭心症	高血圧	糖尿病	てんかん
	腎不全	肝炎	鬱	統合失調症	癌	それ以外：			
医療ニーズ	インスリン注射		胃・腸ろう		吸引	ストマ	酸素吸入	TPN	
	褥瘡	経鼻栄養	透析	疼痛コントロール	それ以外：				
特記事項									

これまでの生活歴、家族構成（家族の介護状況・問題点など）

その他