＜契約書別紙＞
特別養護老人ホーム　アトリエ村　利用料金表
短期入所生活介護（ショートステイ）

令和８年６月１日現在

特別養護老人ホームアトリエ村（ショートステイ）の利用料金は以下の合計金額となります。

１．介護保険法に基づく法定料金の自己負担分
２．食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）
３．滞在費（光熱水費及び室料）
４．日常生活費
５．個別サービス費
６．その他費用(文書料)

１．　介護保険法に基づく法定料金の自己負担分
※　特別区では１単位１１．１０円で計算します。
※　利用ごとの合計単位数で計算する為、下表料金とは誤差が生じる場合があります。

① 基本利用料
個室・多床室

介護度	介護福祉施設サービス費		1割 1日の自己負担額（円）	2割 1日の自己負担額（円）	3割 1日の自己負担額（円）
要介護１	603	単位／日	670	1,339	2,008
要介護２	672	単位／日	746	1,492	2,238
要介護３	745	単位／日	827	1,654	2,481
要介護４	815	単位／日	905	1,810	2,714
要介護５	884	単位／日	982	1,963	2,944

② その他の加算

加算項目	内容	単 位数	算定単位	算定単位数あたりの自己負担額（円）		
				１割負担	２割負担	３割負担
送迎加算	送迎を行う場合。	184	1回(片道)	205	409	613
専従機能訓練指導員配置加算	常勤専従の機能訓練指導員（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・准看護師・柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師）を１名以上配置。	12	１日	14	18	40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が８０％以上配置されている場合、勤続１０年以上の介護福福祉士３５％以上配置されている場合。	22	１日	25	49	74
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が６０％以上配置されている場合。	18	１日	20	40	60
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が５０％以上である場合、常勤職員の占める割合が７５％以上である場合、勤続７年以上の職員が３０％以上配置されている場合。	6	１日	7	14	20
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者（40～64 歳）を受け入れた場合。	120	１日	134	267	400
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所を利用することが適当であると判断した場合。	200	１日 （最大７日）	222	444	666
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	利用者総数のうち、介護を必要とする認知症の者の占める割合が２分の１以上。認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合。	3	１日	4	7	10
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症専門ケア加算（Ⅰ）に加え、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施、研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定している場合。	4	１日	5	9	14
夜勤職員配置加算（Ⅰ）	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、夜勤基準に定める要件に従い上回って配置した場合。	13	１日	15	29	44
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	夜勤職員配置加算（Ⅰ）に加え、夜勤帯に看護師を配置していること又は、喀痰吸引等を実施できる介護職員を配置している場合。	15	１日	17	34	50
療養食加算	医師の指示に基づき療養食を提供した場合。	8	１食	9	18	27

個別機能訓練加算	個別訓練計画に基づき、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供した場合。	56	１日	63	125	187
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。	90	１日 （原則７日 最大 14 日）	100	200	300
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	(1)指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師又は機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている場合。 (2)個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している場合。 (3)　(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を３月ごとに１回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画書の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている場合。	100	１月	111	222	333
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	理学療法士等が当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。（Ⅰ）の（２）（３）を満たしている場合。	200	１月	222	444	666
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	・(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合。 ・見守り機器等テクノロジーを複数導入している場合。 ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っている場合。 ・１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提供）を行った場合。	100	１月	111	222	333
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。 ・見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入している場合。	10	１月	11	22	33

	・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行った場合。					
看護体制加算（Ⅰ）	指定短期入所生活介護事業所として常勤看護師を1名以上配置。	4	1日	5	9	14
看護体制加算（Ⅱ）	看護職員の数が常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上。 病院等と24時間連絡できる体制を確保している場合。	8	1日	9	18	27
医療連携強化加算	看護師による定期的な巡視等の厚生労働大臣が定める基準に適合し、医療的ニーズの高い厚生労働大臣が定める状態にあるものに対してサービスを行った場合。	58	1日	65	129	194
看取り連携体制加算	看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。 看護体制加算（Ⅰ）を算定しており、医療機関との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。 看取り期における対応方針を決め、利用者又は家族への説明同意を得ている場合。	64	1日	71	142	213
口腔連携強化加算	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合。1月に1回のみ算定可能。	50	1日	56	111	167
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１６３を乗じた単位数。					
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１７６を乗じた単位数。					
介護職員等処遇改善加算（Ⅱイ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１５９を乗じた単位数。					
介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１７２を乗じた単位数。					
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１３６を乗じた単位数。					
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	１ヶ月あたりの総単位数に１０００分の１１３を乗じた単位数。					

＜減算項目＞
身体拘束廃止未実施減算、人員配置基準欠如減算、定員超過利用減算、夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の欠如減算、業務継続計画未策定減算、高齢者虐待防止措置未実施減算、長期利用減算

＊　サービス提供体制強化加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）はいずれか1つの加算になります。
＊　夜勤職員配置加算（Ⅰ・Ⅲ）はいずれか1つの加算になります。
＊　認知症専門ケア加算（Ⅰ・Ⅱ）はいずれか1つの加算になります。
＊　介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱイ・Ⅱロ・Ⅲ・Ⅳ）はいずれか1つの加算になります。

２.食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

区　　分	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			第４段階
	第１段階	第２段階	第３段階	
食事の提供に要する費用	１日 ３００円	１日 ６００円	１日 ①１．０００円 ②１．３００円	１日 １．８９０円

※　介護保険負担限度額認定証を所持されている方は、記載されている金額をご覧下さい。
※　食費の内訳は、朝食４１１円・昼食８２２円・夕食６５７円となります。入退所日のみ１食単位の請求となります。その他、入退所日を除く利用期間中の食費は１日単位での請求になります。但し、１日あたりのお支払い金額は、上記の負担限度額が上限となります。
※　区分支給限度額を超える等、介護保険外での利用の場合、負担限度額認定証を所持していても、第４段階の方と同じ食事料金となります。

【ショートステイキャンセル時の食費について】
①　前日１７：００までにキャンセルの連絡をいただいた場合、キャンセル料金等は一切いただきません。
②　前日１７：００を過ぎて連絡をいただいた場合、食材の発注や用意の関係上、食事料金のみ請求させて頂きます。

３.滞在費（光熱水費及び室料）

区　　分	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			第４段階
	第１段階	第２段階	第３段階	
多床室(２人部屋、４人部屋)	１日 ０円	１日 ４３０円	１日 ４３０円	１日 １，０３０円
個室	１日 ３８０円	１日 ４８０円	１日 ８８０円	１日 １．３８０円

※　介護保険負担限度額認定証を所持されている方は、記載されている金額をご覧下さい。
※　個室を利用でも、多床室の負担額となる場合があります。《注１》
※　居室を変更した場合、その当日は変更先の居室料金となります。

《注１》以下の場合、個室利用でも、多床室扱いとなります。利用の度に、医師の指示等が必要となります。
①　感染症や治療上の必要など、施設側の事情により一定期間（３０日以内）個室への入所が必要な場合。
②　著しい精神症状等により、多床室では同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれが高く、個室以外での対応が不可能である方。

４．日常生活費

サービス項目	内訳	料金
日常生活費	歯ブラシ、歯磨き粉	実費

※　施設備え付けのフェイスタオル，バスタオルの使用については、すべて利用料金に含まれています。

５．個別サービス費

サービス項目	サービス内容	単位	料金
クラブ活動費	希望によって参加するクラブ活動	１回	実費
理美容代	出張理美容業者を利用した場合	１回	実費
電話代			実費
電気料金個別使用料	個人用の電化製品を使用する場合	１日	使用する機器やワット数に応じた料金
テレビ用イヤホン代		１個	実費
貸し出し衣類代	希望により衣類を貸し出した場合	１日	３０円

※　その他、個別に希望されたサービスについては、その都度実費をいただきます。

６．その他費用

文書料

サービス項目	サービス内容	単位	料金
文書等のコピー代	記録物等をコピーした場合	１枚	１０円
文書等のＦＡＸ代	記録物等をＦＡＸした場合	１枚	１０円

上記内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者

（住　所）

（氏　名）　　印

家族の代表

（住　所）

（氏　名）　　続柄（　　）　印

代理人

（住　所）

（氏　名）　　続柄（　　）　印