

短期入所療養介護利用料金表 (1割負担の場合)

<介護老人保健施設における短期入所療養介護費> ※負担割合 1割

| 項 目 | 概要 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|--------|--------|--------|----------|
| 【従来型個室の場合】 短期入所療養介護費(Ⅰ) i | 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の1割負担 | 753円/日 | 801円/日 | 864円/日 | 918円/日 | 971円/日 |
| 【多床室(2人・4人)の場合】 短期入所療養介護費(Ⅱ) iii | 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅱ)の1割負担 | 830円/日 | 880円/日 | 944円/日 | 997円/日 | 1,052円/日 |
| 夜勤職員配置加算 | 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たす体制 | 24円/日 | | | | |
| 在宅復帰 在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護施設 | 51円/日 | | | | |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅰ) | 介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が35%以上配置する体制又は介護福祉士80%以上の体制 | 22円/日 | | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護施設 | 介護給付費の総単位数の7.5%に相当する額 | | | | |
| 個別リハビリテーション 実施加算 | 指定短期入所療養介護施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合 | | | | | 240円/日 |
| 送迎加算(片道) | 利用者の心身の状況、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護施設との間の送迎を行う場合、片道につき加算されます。 | | | | | 184円/回 |
| 総合医学管理加算 | 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行い、内容等を診療録に記載し、かかりつけ医に対してご利用者様の同意を得て診療状況、必要な情報の提供を行うことで加算されます。 | | | | | 275円/日 |
| 緊急短期入所受入加算 | 居宅サービス計画において計画的に行なうこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行なった場合に利用を開始した日から起算して7日を限度として加算されます。 | | | | | 90円/日 |
| 緊急時施設療養費 緊急時治療管理 | 利用者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定します。 | | | | | 518円/日 |

<介護保険給付外負担金>

| | | | | |
|-----------------------|---|----------------------------------|------------------|------------------|
| 滞在費 (日額) | ○個室(室料、光熱水費相当)、多床室(光熱水費相当)※但し、世帯全員が市町村民税非課税の方や生活保護を受けておられる方等で、負担限度額認定を受けている場合は、認定証記載の額 | 個室 1,728円 | 多床室(2人室) 437円 | 多床室(4人室) 437円 |
| 食 費 | ○食材料費及び調理費用含む。※但し、世帯全員が市町村民税非課税の方や生活保護を受けておられる方等で、負担限度額認定を受けている場合は、認定証記載の額 | 1,920円/日 朝 620円 昼 650円 夕 650円 | | |
| 特別室料 | 個 室 1,910円/日 (税別) | 2人室 960円/日 (税別) | | |
| 日用品 □ ※利用される場合 ☑ | おしぼり、口腔ケア用品、入歯洗浄剤、バスタオル、ボディーシャンプー、シャンプーリンス、洗身用ボディーブラシ・スポンジ、入浴用品、ペーパータオル、、ティッシュペーパー、うがい液、作業エプロン等 | 100円/日 | | |
| 教養娯楽費 □ ※利用される場合 ☑ | お茶の時間(お菓子、飲み物等)、各種レクリエーション材料費、華道クラブ花代、書道教室半紙墨汁代、手芸材料、折り紙材料、陶芸教室材料、講師謝礼、地域グループ交流費、地域行事参加費用、料理教室材料費、納涼祭等行事備品レンタル等 | 150円/日 | | |
| 電気代 □ ※利用される場合 ☑ | 電気毛布等、電熱器具使用の場合 | 40円/日 | テレビ(持込み)使用の場合 | 30円/日 |

上記の利用料金(保険一部負担・保険外負担金)に基づく介護保険サービスを利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名(署名)

家族等署名

(続柄)