

介護予防短期入所療養介護(予防ショートステイ)利用料金表【在宅強化型(負担割合1割)】

(3級地)

三鷹市牟礼老人保健施設はなかいどう

●基本料金

(単位:円)

要介護度	療養室	介護保険対象	介護保険対象外				1日あたり 合 計 額
		一部負担額 ※1	特別療養室	利用者負担段階	居住費 ※2	食費 ※3	
要支援1	4人部屋	<u>767</u>	—	基 準 額	437	2,070	3,274
				第3段階②	430	1,360	2,557
				第3段階①	430	1,030	2,227
				第2段階	430	600	1,797
				第1段階	0	300	1,067
	2人部屋		3,000	基 準 額	437	2,070	6,274
				第3段階②	430	1,360	5,557
				第3段階①	430	1,030	5,227
				第2段階	430	600	4,797
				第1段階	0	300	4,067
	個 室	<u>724</u>	5,500	基 準 額	1,728	2,070	10,022
				第3段階②	1,470	1,360	9,054
				第3段階①	1,370	1,030	8,624
				第2段階	550	600	7,374
				第1段階	550	300	7,074
要支援2	4人部屋	<u>940</u>	—	基 準 額	437	2,070	3,447
				第3段階②	430	1,360	2,730
				第3段階①	430	1,030	2,400
				第2段階	430	600	1,970
				第1段階	0	300	1,240
	2人部屋		3,000	基 準 額	437	2,070	6,447
				第3段階②	430	1,360	5,730
				第3段階①	430	1,030	5,400
				第2段階	430	600	4,970
				第1段階	0	300	4,240
	個 室	<u>880</u>	5,500	基 準 額	1,728	2,070	10,178
				第3段階②	1,470	1,360	9,210
				第3段階①	1,370	1,030	8,780
				第2段階	550	600	7,530
				第1段階	550	300	7,230

- ※1 介護予防短期入所療養介護費、夜勤職員配置加算、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の合計額。
一部負担額につきましては、1日あたりの目安となる金額であり、加算料金と合わせて1月分を算出するため
多少の誤差が生じます。
- ※2 居住費は、「三鷹市牟礼老人保健施設条例」により定められた金額です。
- ※3 食費は、1日分の料金です。1食あたりは、朝食590円・昼食720円・夕食760円です。提供した分を朝・昼・夕
に区分けしてご請求いたします。
- ※4 施設が所在する三鷹市は、介護保険制度上の3級地に該当し、この地域区分に基づいた金額です。

裏面に続く

介護予防短期入所療養介護(予防ショートステイ)利用料金表【負担割合 1割】
(3級地)

三鷹市牟礼老人保健施設はなかいどう

●加算料金

(1) 該当した場合に加算される料金です。

(単位:円)

介護保険対象				
算定項目		内 容	一部負担額	算定単位
送迎加算		居宅と施設間の送迎を行った場合	<u>197</u>	片道につき
療養食加算		糖尿病食、腎臓病食、減塩食等を提供した場合	<u>9</u>	1食につき
在宅復帰・在宅療養 支援機能加算	I	【基本型】 在宅復帰・在宅療養支援等の指標が一定以上の場合	<u>54</u>	1日につき
	II	【在宅強化型】 在宅復帰・在宅療養支援等の指標が一定以上の場合	<u>54</u>	
個別リハビリテーション実施加算		個別リハビリテーションを行った場合	<u>256</u>	
緊急時治療管理		救命救急医療が必要となり、投薬・注射・処置等を緊急に行った場合	<u>553</u>	
認知症行動・心理症状緊急対応加算		認知症により、在宅での生活が困難で緊急に入所した場合（入所日から7日以内）	<u>214</u>	
総合医学管理加算		診療方針を定め、投薬、検査、注射、処置等を行い、退所時にかかりつけ医に情報を提供した場合	<u>294</u>	
生産性向上推進体制加算	I	利用者の安全・サービスの質の確保・職員の負担軽減等に取り組み成果が確認されること、見守り機器等を複数導入していること 等を満たした場合	<u>107</u>	1月につき
	II	利用者の安全・サービスの質の確保・職員の負担軽減等に取り組んでいること、見守り機器等を導入していること 等を満たした場合	<u>11</u>	
介護職員等処遇改善加算 Ⅰ（イ・ロ）、Ⅱ（イ・ロ）、Ⅲ、Ⅳ		当施設が介護職員の賃金改善等を実施している事業所としての基準に適合した場合（1月あたりの所定単位数の9.7%～5.9%の単位数）	<u>利用単位数 による</u>	

※ 上記以外にも介護サービス費の算定基準による料金が加算される場合がございます。

(2) 希望した場合に加算される料金です。

介護保険対象外			
項 目	内 容	料 金	単 位
理美容代	訪問理美容(カット、パーマ、カラーリング等)	実費	1回につき
私物洗濯代	外部業者による洗濯	実費	1式につき
日用生活品費	身の回り品として日常生活に必要なものの費用	実費	1式につき
教養娯楽費	教養娯楽や行事にかかる材料費	実費	1式につき
文書料	医療情報提供書	3,000	1通につき
	その他証明書類	4,000	

※ 一部負担額につきましては、1日又は1回あたりの目安となる金額であり、基本料金と合わせて1月分の利用料金を算定するため多少の誤差が生じます。

※ 上記以外にも実費相当額のご負担をいただく場合がございます。(電気代など)