

特定医療法人 松涛会 南浜中央病院
介 護 医 療 院 利 用 料 金 表
(3割)

令和3年9月1日付 改訂版

(1) 介護保険給付対象サービス

単位：円（税込）

要介護度	基本サービス費	段階	食費	居住費	合計 (1日)	合計 (30日)
1	個室	4	1,455	1,668	5,265	157,950
	多床室	4	1,455	377	4,307	129,210
2	個室	4	1,455	1,668	5,595	167,850
	多床室	4	1,455	377	4,634	139,020
3	個室	4	1,455	1,668	6,303	189,090
	多床室	4	1,455	377	5,345	160,350
4	個室	4	1,455	1,668	6,606	198,180
	多床室	4	1,455	377	5,645	169,350
5	個室	4	1,455	1,668	6,881	206,430
	多床室	4	1,455	377	5,918	177,540

(2) 加算項目

単位：円（税込み）

内 容		金 額		
		1割負担	2割負担	3割負担
長期療養生活移行加算		60/日	120/日	180/日
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算		33/月	66/月	99/月
自立支援促進加算		300/月	600/月	900/月
安全対策体制加算（入所時に1回）		20	40	60
科学的介護推進体制加算	I	40/月	80/月	120/月
	II	60/月	120/月	180/月
サービス提供体制強化加算	I	22/日（660）	44/日（1,320）	66/日（1,980）
	II	18/日（540）	36/日（1,080）	54/日（1,620）
	III	6/日（180）	12/日（360）	18/日（540）
夜勤勤務等看護加算（IV）		7/日（210）	14/日（420）	21/日（630）
外泊時費用※（ ）内は6日分算定		362/日（2,172）	724/日（4,344）	1,086/日（6,516）
初期加算		30/日（900）	60/日（1,800）	90/日（2,700）
再入所時栄養連携加算		400/回	800/回	1,200/回
栄養マネジメント強化加算		11/日（330）	22/日（660）	33/日（990）
経口移行加算		28/日（840）	56/日（1,680）	84/日（2,520）
経口維持加算（I）		400/月	800/月	1,200/月
経口維持加算（II）		100/月	200/月	300/月
口腔衛生管理加算		90/月	180/月	270/月
療養食加算		6/回	12/回	18/回
緊急時施設診療費（緊急時医療管理）		518/日	1,036/日	1,554/日
緊急時施設診療費（特定治療）		医科診療報酬点数表に定める点数		
排せつ支援加算	I	10/月	20/月	30/月
	II	15/月	30/月	45/月
	III	20/月	40/月	60/月
感染対策指導管理		6/日（180）	12/日（360）	18/日（540）
褥瘡対策指導管理	I	6/日（180）	12/日（360）	18/日（540）
	II	10/日（300）	20/日（600）	30/日（900）
初期入所診療管理		250/回	500/回	750/回
作業療法		123/回	246/回	369/回
摂食機能療法		208/日	416/日	624/日
短期集中リハビリテーション実施加算		240/日	480/日	720/日
介護職員処遇改善加算III		基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）に1%を乗じた単位数を算定		
		上記1割	上記2割	上記3割

(3) 介護保険給付対象外のサービス

単位:円(税込)

	項 目	料 金	内 容
1	特別な療養室 (B-08 室)	1,100 円/日	個室をご提供します。 (専用設備: テレビ、チェスト、洗面台、トイレ)
2	電気使用料 (1 日)	50 円/日	電気毛布やテレビなど電化製品を持参した場合、料金が発生します。
3	おやつ・ジュース代	実費	季節の行事を行う際におやつを施設管理により提供します。また、特に夏季期間に補水とは別にジュースを施設管理により提供します。おおよそ 500 円/月の範囲での提供を予定しています。
4	理美容費	実費	ご希望され、実施された場合に料金が発生します (提携理美容室をご紹介します)。
5	衣類レンタル・洗濯サービス	別紙参照	委託業者との契約に基づきお申込みされた場合に毎月別途料金が発生します。
6	予防接種	実費	インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン等。
7	預り金等管理料	3,000 円/月	預貯金通帳等を当施設に預け入れした場合、料金が発生します。
8	エンゼルケア料 (御遺体処置料)	11,000 円	点滴など医療器材の取り外しや全身清拭、着替えを行います。
9	死亡診断書料	1 通目 5,500 円。2 通目以降は 3,300 円。 必要枚数を申し出てください。	