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

（1割負担の方）

令和８年８月１日付　改訂版

(1) 介護保険給付対象サービス（税込）

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	721	1	300	550	1,571	47,130
			2	390	550	1,661	49,830
			3 (1)	680	1,370	2,771	83,130
			3 (2)	1,420	1,470	3,611	108,330
			4	1,545	1,728	3,994	119,820
	多床室	833	1	300	0	1,133	33,990
			2	390	430	1,653	49,590
			3 (1)	680	430	1,943	58,290
			3 (2)	1,420	430	2,623	78,690
			4	1,545	437	2,815	84,450
2	個室	832	1	300	550	1,682	50,460
			2	390	550	1,772	53,160
			3 (1)	680	1,370	2,882	86,460
			3 (2)	1,420	1,470	3,722	111,660
			4	1,545	1,728	4,105	123,150
	多床室	943	1	300	0	1,243	37,290
			2	390	430	1,763	52,890
			3 (1)	680	430	2,053	61,590
			3 (2)	1,420	430	2,733	81,990
			4	1,545	437	2,925	87,750
3	個室	1,070	1	300	550	1,920	57,600
			2	390	550	2,010	60,300
			3 (1)	680	1,370	3,120	93,600
			3 (2)	1,420	1,470	3,960	118,800
			4	1,545	1,728	4,343	130,290
	多床室	1,182	1	300	0	1,482	44,460
			2	390	430	2,002	60,060
			3 (1)	680	430	2,292	68,760
			3 (2)	1,420	430	2,972	89,160
			4	1,545	437	3,164	94,920
4	個室	1,172	1	300	550	2,022	60,660
			2	390	550	2,112	63,360
			3 (1)	680	1,370	3,222	96,660
			3 (2)	1,420	1,470	4,062	121,860
			4	1,545	1,728	4,445	133,350
	多床室	1,283	1	300	0	1,583	47,490
			2	390	430	2,103	63,090
			3 (1)	680	430	2,393	71,790
			3 (2)	1,420	430	3,073	92,190
			4	1,545	437	3,265	97,950
5	個室	1,263	1	300	550	2,113	63,390
			2	390	550	2,203	66,090
			3 (1)	680	1,370	3,313	99,390
			3 (2)	1,420	1,470	4,153	124,590
			4	1,545	1,728	4,536	136,080
	多床室	1,375	1	300	0	1,675	50,250
			2	390	430	2,195	65,850
			3 (1)	680	430	2,485	74,550
			3 (2)	1,420	430	3,165	94,950
			4	1,545	437	3,357	100,710

(2) 加算項目 (1/2)

単位：円（税込）

内　　容		金　額		
		1割負担	2割負担	3割負担
入退所前連携加算	Ⅰ	600/回	1,200/回	1,800/回
	Ⅱ	400/回	800/回	1,200/回
初期加算※（ ）内は30 日間で算定		30/日 (900)	60/日 (1,800)	90/日 (2,700)
初期入所診療管理		250/回	500/回	750/回
栄養マネジメント強化加算		11/日	22/日	33/日
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)
口腔衛生管理加算	Ⅰ	90/月	180/月	270/月
	Ⅱ	110/月	220/月	330/月
療養食加算		6/回	12/回	18/回
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)
高齢者施設等感染対策向上加算	Ⅰ	10/月	20/月	30/月
	Ⅱ	5/月	10/月	15/月
新興感染症等施設療養費		240/日	480/日	720/日
褥瘡対策指導管理 ※特別診療費 ※（ ）内は30 日間で算定	Ⅰ	6/日 (180)	12/日 (360)	18/日 (540)
	Ⅱ	10/月	20/月	30/月
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
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
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		
協力医療機関連携加算 （協力医療機関の要件を満たす場合・満たさない場合）		100/月・5/月	200/月・10/月	300/月・15/月
退所時情報提供加算	Ⅰ	500/回	1000/回	1500/回
	Ⅱ	250/回	500/回	1000/回
退所時栄養情報連携加算		70/回	140/回	210/回
自立支援促進加算		280/月	560/月	840/月
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 ※（ ）内は30 日間で算定	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)

(2) 加算項目 (2/2)

単位：円（税込）

内　　容		金　額		
		1割負担	2割負担	3割負担
安全対策体制加算（入所時に1回）		20/回	40/回	60/回
生産性向上推進体制加算	Ⅰ	100/月	200/月	300/月
	Ⅱ	10/月	20/月	30/月
夜勤勤務等看護加算（Ⅳ）※（　）内は30日間で算定		7/日（210）	14/日（420）	21/日（630）
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ		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6.2%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。	