

ヒューマンライフケア横浜 料金表

短期入所療養介護 保険外負担利用料金表

【短期入所療養介護】

項目	1割負担(円)	備考	費用項目	金額(円)	内 訳	
施設サービス費<従来型個室>要介護1	821 /日	要介護度により定められているサービス費の額が変わります	居住費(従来型多床室)	660 /日	光熱水費	
要介護2	871 /日		居住費(従来型個室A・B)	2,390 /日	光熱水費 保守管理費 修繕費 備品費 建築費	
要介護3	938 /日		食費	1,810 /日	食材料費 調理費	
要介護4	994 /日				[朝食550円 昼食590円 夕食670円は個々に算定]	
要介護5	1,050 /日		* 以下は、ご希望された場合での利用料金・使用料金となります			
施設サービス費<多床室> 要介護1	902 /日		教養娯楽・クラブ・レクリエーション費	110 /日	クラブ活動、レクリエーション活動における材料費(税込み)	
要介護2	954 /日		おやつ代	220 /日	お茶菓子 15時に希望者のみ提供(税込み)	
要介護3	1,021 /日		理美容代(カット)	2,750 /回	外部委託業者(税込み)。カラー¥3,850 カラーカット¥5,250 パーマカット¥6,380 パーマカット¥8,580	
要介護4	1,076 /日		洗濯代	施設内洗濯機使用	200 /回	コイン式洗濯機 1回あたり200円
要介護5	1,134 /日			施設内乾燥機使用	100 /回	コイン式乾燥機 1回あたり100円
サービス提供体制加算(Ⅰ)	20 /日	介護福祉士が60%以上配置されている場合	特別室	A個室	3,520 /日 (3,200円+消費税320円)	15.75㎡ 冷蔵庫 ロッカー 電話機 テレビ 洗面所 トイレ
夜勤職員配置加算	26 /日	看護・介護職員:入所者 20:1配置がされている場合		B個室	3,300 /日 (3,000円+消費税300円)	15.40㎡ 冷蔵庫 ロッカー 電話機 テレビ 洗面所
個別リハビリテーション実施加算	258 /日	個別リハビリを実施した場合		C二人部屋	2,200 /日 (2,000円+消費税200円)	一人あたり8.13㎡ ロッカー テレビ 洗面所
認知症ケア加算	82 /日	認知症の利用者にサービスを提供した場合	電話通話料金	実費 /回	特別療養室AおよびBで使用した実料金	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	215 /日	緊急で入所された場合に入所日から7日まで	特別行事費	実費 /回	各種行事参加費	
緊急短期入所受入加算	97 /日	緊急で入所された場合に入所日から7日まで				
若年性認知症利用者受入加算	129 /日	若年性認知症の利用者に対してサービス提供を行なった場合				
重度療養管理加算	129 /日	要介護4又は5で厚生労働大臣が定める状態にある利用者				
在宅復帰在宅療養支援加算Ⅰ	37 /日	在宅復帰指数が40点以上の場合				
在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ	50 /日	在宅復帰指数が60点以上の場合				
送迎加算(片道につき)	198 /回	居宅～施設間の送迎を行った場合。片道につき				
緊急時治療管理加算	548 /日	利用者の病態が重篤となり、緊急的な投薬や処置等を行なった場合。月3回まで				
療養食加算	9 /日	糖尿病食、腎臓病食、痛風食及び特別な検査食等の提供を行った場合				

1日当たりの料金 保険内  円 + 保険外  円 =  円

【予防短期入所療養介護】

項目	1割負担(円)	備考
施設サービス費<従来型個室> 要支援1	631 /日	要支援区分により定められているサービス費の額が変わります
要支援2	784 /日	
<多床室> 要支援1	667 /日	
要支援2	836 /日	
サービス提供体制加算(Ⅰ)	20 /日	介護福祉士が60%以上配置されている場合
夜勤職員配置加算	26 /日	看護・介護職員:入所者 20:1配置がされている場合
個別リハビリテーション実施加算	258 /日	個別リハビリを実施した場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	215 /日	緊急で入所された場合に入所日から7日まで
若年性認知症利用者受入加算	129 /日	若年性認知症の利用者に対してサービス提供を行なった場合
緊急時治療管理加算	564 /日	利用者の病態が重篤となり、緊急的な投薬や処置等を行なった場合
療養食加算	9 /日	糖尿病食、腎臓病食、痛風食及び特別な検査食等の提供を行った場合
送迎加算	198 /回	居宅～施設間の送迎(片道)を行った場合
在宅復帰在宅療養支援加算Ⅰ	37 /日	在宅復帰指数が40点以上の場合
在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱ	50 /日	在宅復帰指数が60点以上の場合

1月当たりの料金 保険内  円 + 保険外  円 =  円

利用料金について説明を受け同意致します

平成 年 月 日

利用者 \_\_\_\_\_

ご家族 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

説明者