

## ～介護老人保健施設マチュアハウス中条利用料金表（短期入所）～

介護保険施設サービス費											
介護 保険 適用 分	個室					多床室					
	介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	ア)その他型	739	783	843	894	944	811	858	917	967	1019
	イ)基本型	753	798	859	911	962	826	874	935	986	1039
	ウ)加算型	787	832	893	945	996	860	908	969	1020	1073
	エ)強化型	794	865	927	983	1038	873	947	1009	1065	1120
	オ)超強化型	840	911	973	1029	1084	919	993	1055	1111	1166
	要支援	1	2				1	2			
	ア)その他型	566	705				599	750			
	イ)基本型	578	719				611	765			
	ウ)加算型	612	753				645	799			
エ)強化型	619	759				658	813				
オ)超強化型	665	805				704	859				
夜勤職員配置加算					24 /日						
実 施 に よ り 加 算	個別リハビリテーション実施加算					240 /日					
	療養食加算（1日3回限度）					8 /回					
	送迎加算（片道につき）					184 /回					
	緊急時治療加算（1月につき連続3日限度）					511 /回					
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）					18 /日						
介護職員処遇改善加算					1.6%						

保 險 外	日用品費	200	
	食費（朝食 430、昼食+おやつ 680、夕食 590）	1,700	※1
	居住費 多床室	500	
	個室	1,820	※1
	特別室料 A棟個室	1,620	
	B棟個室・A棟2人部屋	1,080	
	電気使用料	54 円/日・1点につき	
	理容料	別紙料金表（2,200～3,000円程度）	
クリーニング	54～237 円/枚		

※1 負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている金額になります。

- ・日用品費はバスタオル、タオル（入浴用）、おしぼり等のクリーニング料及び石鹸、トイレトペーパー等の使用料となります。
- ・この他にもご利用者やご家族からの依頼により日常生活品を購入した場合などに実費を徴収することもあります。その都度ご相談下さい。

## ～介護老人保健施設マチュアハウス中条利用料金表（通所）～

～ 要介護 ～											
通所リハビリテーション費											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>667</td> <td>797</td> <td>924</td> <td>1,076</td> <td>1,225</td> </tr> </tbody> </table>	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	667	797	924	1,076	1,225
要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5							
667	797	924	1,076	1,225							
サービス提供体制強化加算 I (イ)		18 /回									
実施により加算	入浴介助加算	50 /日									
	リハビリテーション提供体制加算	24 /回									
	リハビリテーションマネジメント加算 (I) (月額)	330									
	” (II) (月額)	850 (6月以内) 530 (6月以降)									
	” (III) (月額)	1,120 (6月以内) 800 (6月以降)									
	” (IV) (月額)	1,220 (6月以内) 900 (6月以降)									
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内									
	口腔機能向上加算	150 月2回程度									
	栄養改善加算	150 /回 ※3月以内に限り月2回限度									
	栄養スクーリング加算	5 /回 ※6月に1回限度									
延長加算(8時間以上9時間未満)	50										
延長加算(9時間以上10時間未満)	100										
介護職員処遇改善加算		1.9%									
～ 要支援 ～											
介護予防通所リハビリテーション費 (月額)											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,712</td> <td>3,615</td> </tr> </tbody> </table>	要支援1	要支援2	1,712	3,615						
要支援1	要支援2										
1,712	3,615										
サービス提供体制強化加算 I (イ) (月額)											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>72</td> <td>144</td> </tr> </tbody> </table>	要支援1	要支援2	72	144						
要支援1	要支援2										
72	144										
実施により加算	運動機能向上加算 (月額)	225 運動機能向上を目的に実施されるリハビリテーション									
	口腔機能向上加算 (月額)	150									
	リハビリテーションマネジメント加算 (月額)	330									
	選択的サービス複数実施加算 (I) (月額)	480 上記サービスのうち2種類を複数回実施した場合									
	” (II) (月額)	700 上記サービスのうち3種類を複数回実施した場合									
	栄養改善加算	150 /月 (6月以内)									
	栄養スクーリング加算	5 /回 ※6月に1回限度									
事業所評価加算/月		-									
介護職員処遇改善加算		1.9%									

保険外	日用品費	200
	食費 (昼食+おやつ)	680
	(夕食)	590
	紙おむつ・紙パンツ	150
	尿取りパット	50

※ 6時間未満又は7時間以上となった場合はサービス費用が異なります。

・ 日用品費はバスタオル、タオル(入浴用)、おしぼり等のクリーニング料及び石鹸、トイレトペーパー等の使用料となります。

・ この他にもご利用者やご家族からの依頼により日常生活品を購入した場合などに実費を徴収することもあります。