

介護予防短期入所療養介護利用料一覧表

基本利用料（1割負担の場合の日額）

2026年8月1日

項 目		要支援1	要支援2
介護予防短期入所療養 介護費【在宅強化型】	従来型個室	675円	831円
	多 床 室	718円	891円

主な加算（1割負担の日額）

項 目	金 額	加算単位	内容の説明
夜勤職員配置加算※	26円	1日	介護・看護職員を一定基準以上夜勤に配置している場合に加算されます
個別リハビリテーション実施加算	257円	1日	医師・看護・リハビリ職員等が共同して計画を作成し、個別リハビリテーションを実施した場合に加算されます
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）※	55円	1日	在宅復帰・在宅療養支援等指標が70以上である場合に加算されます
認知症行動・心理症状緊急対応加算	214円	1日（1ヶ月7日を限度）	認知症の行動・心理症状の出現によって在宅生活困難者の緊急利用を行った場合に加算されます
若年性認知症利用者受入加算	129円	1日	若年性認知症疾患患者を受け入れ、介護サービスを提供・評価を行った場合に加算されます
送迎加算	197円	片道	入退所時に送迎を利用された場合に加算されます
療養食加算	9円	1日	医師の発行する食事箋に基づき、療養食を提供した場合に加算されます。
緊急時治療管理	554円	1日（1ヶ月1回3日を限度）	緊急医療の必要時、施設で応急的な治療管理を行った場合に加算されます
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※	24円	1日	勤続10年以上介護福祉士35%以上配置の場合に加算されます
介護職員等処遇改善加算Ⅰ□※	介護職員等の賃金改善等を行っている場合に加算されます （介護報酬所定単位数の9.7%を加算）		

◆上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

滞在費・食費（1日あたり）

項 目		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
滞在費	従来型個室	550円	550円	1,370円	1,470円	1,728円
	多 床 室	0円	430円	430円	530円	800円
食 費		300円	600円	1,030円	1,360円	2,490円

（朝食650円、昼食920円、夕食920円）

その他の日常生活費及び特別なサービスの利用料

項 目	金 額	内容の説明
室料（個室A）	5,500円/日（税込）	ご希望により個室を利用される場合に室料を請求させていただきます
室料（個室B）	4,400円/日（税込）	
室料（2人室A）	3,850円/日（税込）	ご希望により2人室を利用される場合に室料を請求させていただきます
室料（2人室B）	3,300円/日（税込）	
室料（2人室C）	2,750円/日（税込）	
室料（2人室D）	1,100円/日（税込）	
特別な食事（月の行事食）	330円/食（税込）	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させていただきます
おやつ代（おやつ&飲物セット）	187円/食（税込）	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます
日常生活費	—	入浴用のタオルは基本報酬に含まれております。それ以外利用者のご希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を別途販売致します
タオルリース	22円/枚（税込）	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます
BOXティッシュペーパー	99円/箱（税込）	同上
歯ブラシ	209円/本（税込）	同上
歯磨き粉	231円/個（税込）	同上
コップ	143円/個（税込）	同上
入れ歯洗浄剤	979円/箱（税込）	同上
保湿液	418円/個（税込）	同上
レンタルテレビ	—	詳細はレンタルテレビ利用案内をご覧ください（持込不可）
電気代	110円/日（税込）	持込みの電化製品 1 台につきご請求させていただきます
理美容代	2,475円/回（税込）	ご利用の場合に請求させていただきます
電話代	—	ご利用状況に応じて請求させていただきます
文書料	3,300～8,800円/通（税込）	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます
私物洗濯	—	詳細は私物洗濯利用案内をご覧ください

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税込）
火	折り紙	午後 1：30～	なし
木	書道	午前 10：00～	半紙代等22円
金	花ふきん	午後 1：30～	完成時275円～
	クラフトバンド	不定期	完成時330円～
	ビーズ	※随時ご案内	完成時実費
	クラフト	※随時ご案内	完成時実費

※活動内容、材料費は変更となる場合がございます。

介護老人保健施設あんず苑 利用料概算書

改定日 令和8年8月1日

- ・ 利用 サービス 介護予防短期入所療養介護（予防ショートステイ）超強化型 多床室
- ・ 要 介 護 度 要支援1
- ・ 負 担 割 合 1割負担
- ・ 負 担 限 度 額 第4段階
- ・ 部 屋 区 分 多床室
- ・ 利 用 日 数 7日
- ・ 印 刷 日 令和8年8月1日

概算金額

¥30,976

※計算の過程において、端数に些少の誤差を生ずる場合がございます。

サービス名/加算項目		単位数	日数/回数	単位	金 額
予防短期入所療養介護費（Ⅰ）（iv） 多床室 要支援1		672	7	日	4,704
夜勤職員配置加算		24	7	日	168
個別リハビリテーション実施加算				日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		51	7	月	357
送迎加算				回	
療養食加算（1日に3回を限度）				回	
総合医学管理加算（利用中7日を限度）				日	
口腔連携強化加算（月に1回を限度）				月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22	7	日	154
介護職員等処遇改善加算Ⅰ□		9.7%			522
保険給付費の合計単位		A			5,905
保険給付費の合計金額		B	A×10.68（地域加算）		63,065
保険給付額（給付率90%）		C	B×0.9（給付率）		56,758
負担額（保険給付費の10%）（B－C）					6,307
利 用 料				日	
	滞在費（多床室）	800	7	日	5,600
	食 費	2,490	7	日	17,430
	おやつ代（おやつ&飲物セット）*	187	7	日	1,309
	特別な食事（月の行事食）*	330	1	回	330
利 用 負 担 額 合 計					24,669

※ *印の利用料金については消費税が含まれています。

※ 第4段階の食費の内訳（朝食：650円、昼食920円、夕食920円）

介護老人保健施設あんす苑 利用料概算書

改定日 令和8年8月1日

- ・ 利用 サービス 介護予防短期入所療養介護（予防ショートステイ）超強化型 多床室
- ・ 要 介 護 度 要支援1
- ・ 負 担 割 合 1割負担
- ・ 負 担 限 度 額 第4段階
- ・ 部 屋 区 分 多床室（2人室A）
- ・ 利 用 日 数 7日
- ・ 印 刷 日 令和8年8月1日

概算金額

¥57,926

※計算の過程において、端数に些少の誤差を生ずる場合がございます。

サービス名/加算項目		単位数	日数/回数	単位	金 額
予防短期入所療養介護費（Ⅰ）（iv） 多床室 要支援1		672	7	日	4,704
夜勤職員配置加算		24	7	日	168
個別リハビリテーション実施加算				日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		51	7	月	357
送迎加算				回	
療養食加算（1日に3回を限度）				回	
総合医学管理加算（利用中7日を限度）				日	
口腔連携強化加算（月に1回を限度）				月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22	7	日	154
介護職員等処遇改善加算Ⅰ□		9.7%			522
保険給付費の合計単位		A			5,905
保険給付費の合計金額		B	A×10.68（地域加算）		63,065
保険給付額（給付率90%）		C	B×0.9（給付率）		56,758
負担額（保険給付費の10%）（B－C）					6,307
利 用 料	多床室（2人室A）	*	3,850	7 日	26,950
	滞在費（多床室）		800	7 日	5,600
	食 費		2,490	7 日	17,430
	おやつ代（おやつ&飲物セット）	*	187	7 日	1,309
	特別な食事（月の行事食）	*	330	1 回	330
利 用 負 担 額 合 計					51,619

※ ＊印の利用料金については消費税が含まれています。

※ 第4段階の食費の内訳（朝食：650円、昼食920円、夕食920円）

介護老人保健施設あんす苑 利用料概算書

改定日 令和8年8月1日

- ・ 利用 サービス 介護予防短期入所療養介護（予防ショートステイ）超強化型 個室
- ・ 要 介 護 度 要支援1
- ・ 負 担 割 合 1割負担
- ・ 負 担 限 度 額 第4段階
- ・ 部 屋 区 分 個室（個室A）
- ・ 利 用 日 数 7日
- ・ 印 刷 日 令和8年8月1日

概算金額

¥75,644

※計算の過程において、端数に些少の誤差を生ずる場合がございます。

サービス名/加算項目		単位数	日数/回数	単位	金 額
予防短期入所療養介護費（Ⅰ）（ⅱ） 個室 要支援1		632	7	日	4,424
夜勤職員配置加算		24	7	日	168
個別リハビリテーション実施加算				日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		51	7	月	357
送迎加算				回	
療養食加算（1日に3回を限度）				回	
総合医学管理加算（利用中7日を限度）				日	
口腔連携強化加算（月に1回を限度）				月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22	7	日	154
介護職員等処遇改善加算Ⅰ□		9.7%			495
保険給付費の合計単位		A			5,598
保険給付費の合計金額		B	A×10.68（地域加算）		59,786
保険給付額（給付率90%）		C	B×0.9（給付率）		53,807
負担額（保険給付費の10%）（B-C）					5,979
利 用 料	個室（個室A）*	5,500	7	日	38,500
	滞在費（個室）	1,728	7	日	12,096
	食 費	2,490	7	日	17,430
	おやつ代（おやつ&飲物セット）*	187	7	日	1,309
	特別な食事（月の行事食）*	330	1	回	330
利 用 負 担 額 合 計					69,665

※ *印の利用料金については消費税が含まれています。

※ 第4段階の食費の内訳（朝食：650円、昼食920円、夕食920円）