

介護老人保健施設トワーム指扇 利用料金表 【介護予防短期入所療養介護】

令和元年10月1日

<①保険内基本料金・4人部屋・1割負担>

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	735	300	0	0	1,035	31,050
	第2段階		390	370		1,495	44,850
	第3段階		650	370		1,755	52,650
	第4段階		1,870	550		3,005	90,150
要支援2	第1段階	901	300	0	0	1,201	36,030
	第2段階		390	370		1,661	49,830
	第3段階		650	370		1,921	57,630
	第4段階		1,870	550		3,171	95,130

※基本料金の中には、通常算定される下記の料金が含まれております。

・夜勤職員配置加算(25円・51・76円) ・在宅復帰在宅療養支援機能加算(36円・72・108円) ・サービス提供体制加算(19円・38円・57円)

※介護保険利用分の計算には、1円以下の金額が発生するため、端数処理の関係上、誤差が出る場合がございます。

<①保険内基本料金・4人部屋・2割負担>

(単位:円)

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	1,471	300	0	0	1,771	53,130
	第2段階		390	370		2,231	66,930
	第3段階		650	370		2,491	74,730
	第4段階		1,870	550		3,741	112,230
要支援2	第1段階	1,802	300	0	0	2,102	63,060
	第2段階		390	370		2,562	76,860
	第3段階		650	370		2,822	84,660
	第4段階		1,870	550		4,072	122,160

<①保険内基本料金・4人部屋・3割負担>

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	2,207	300	0	0	2,507	75,210
	第2段階		390	370		2,967	89,010
	第3段階		650	370		3,227	96,810
	第4段階		1,870	550		4,477	134,310
要支援2	第1段階	2,704	300	0	0	3,004	90,120
	第2段階		390	370		3,464	103,920
	第3段階		650	370		3,724	111,720
	第4段階		1,870	550		4,974	149,220

<②保険外料金>

名称	金額	用途	1日
①日用品費	160	ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉等の日常生活に必要な物品代	160
②教養娯楽費	160	個別に行われるクラブ活動やレクリエーションに必要な物品代	160
③電気製品使用料	70	コンセントを使用する電気製品を持ち込んだ場合1品につき	実費
④基本セット	280	おしぼり、フェイスタオル、バスタオル等のリネン類(業者委託)	280
⑤理美容代(カット)	2,600	ヘアースタイルを行なった場合	
⑥健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種等の費用	
⑦診断書作成料	実費	各診断書を作成した場合(料金は診断書の種類ごとに異なります)	
⑧証明書作成料	実費	各証明書を作成した場合(料金は証明書の種類ごとに異なります)	

<保険内加算料金>

加算名称	金額			単位
	1割負担	2割負担	3割負担	
個別リハビリテーション実施加算	256	512	768	回
若年性認知症利用者受入加算	128	256	383	日
送迎加算	196	393	589	回
療養食加算	8	17	25	食
緊急時治療管理	553	1,106	1,659	日
特定治療	老人医科点数表に準ずる			
介護職員処遇改善加算	介護報酬総単位数×3.9%×地域単価×負担割合			

※地域単価とは、1単位あたりの単価です。(当施設は10.68円/1単位です)

あなたの1日あたりの利用料金の概算は、

①保険内基本料金 _____ 円

②保険外料金 _____ 円

合計 _____ 円

と、なります。

※その他必要に応じて、左記「保険内加算料金」が上乗せされます。

介護老人保健施設トワーム指扇 利用料金表 【介護予防短期入所療養介護】

令和元年10月1日

<①保険内基本料金・個室・1割負担>

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	700	300	490	3,090	4,580	137,400
	第2段階		390	490		4,670	140,100
	第3段階		650	1,310		5,750	172,500
	第4段階		1,870	1,800		7,200	216,000
要支援2	第1段階	851	300	490	3,090	4,731	141,930
	第2段階		390	490		4,821	144,630
	第3段階		650	1,310		5,901	177,030
	第4段階		1,870	1,800		7,351	220,530

※基本料金の中には、通常算定される下記の料金が含まれております。

・夜勤職員配置加算(25円・50・76円) ・在宅復帰在宅療養支援機能加算(36円・72・108円) ・サービス提供体制加算(19円・38円・57円)

※介護保険利用分の計算には、1円以下の金額が発生するため、端数処理の関係上、誤差が出る場合がございます。

<①保険内基本料金・個室・2割負担>

(単位：円)

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	1,401	300	490	3,090	5,281	158,430
	第2段階		390	490		5,371	161,130
	第3段階		650	1,310		6,451	193,530
	第4段階		1,870	1,800		7,901	237,030
要支援2	第1段階	1,702	300	490	3,090	5,582	167,460
	第2段階		390	490		5,672	170,160
	第3段階		650	1,310		6,752	202,560
	第4段階		1,870	1,800		8,202	246,060

<①保険内基本料金・個室・3割負担>

要介護度	負担限度	基本料金	食費	居住費	特別な室料	1日合計	30日合計
要支援1	第1段階	2,101	300	490	3,090	5,981	179,430
	第2段階		390	490		6,071	182,130
	第3段階		650	1,310		7,151	214,530
	第4段階		1,870	1,800		8,601	258,030
要支援2	第1段階	2,553	300	490	3,090	6,433	192,990
	第2段階		390	490		6,523	195,690
	第3段階		650	1,310		7,603	228,090
	第4段階		1,870	1,800		9,053	271,590

<②保険外料金>

名称	金額	用途	30日合計
①日用品費	160	ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉等の日常生活に必要な物品代	4,800
②教養娯楽費	160	個別に行われるクラブ活動やレクリエーションに必要な物品代	4,800
③電気製品使用料	70	コンセントを使用する電気製品を持ち込んだ場合1品につき	2,100
④基本セット	280	おしぼり、フェイスタオル、バスタオル等のリネン類(業者委託)	8,400
⑤理美容代(カット)	2,600	ヘアークットを行なった場合	
⑥健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種等の費用	
⑦診断書作成料	実費	各診断書を作成した場合(料金は診断書の種類ごとに異なります)	
⑧証明書作成料	実費	各証明書を作成した場合(料金は証明書の種類ごとに異なります)	

<保険内加算料金>

加算名称	金額			単位
	1割負担	2割負担	3割負担	
個別リハビリテーション実施加算	256	512	768	回
若年性認知症利用者受入加算	128	256	383	日
送迎加算	196	393	589	回
療養食加算	8	17	25	食
緊急時治療管理	553	1,106	1,659	日
特定治療	老人医科点数表に準ずる			
介護職員処遇改善加算	介護報酬総単位数×3.9%×地域単価×負担割合			

※地域単価とは、1単位あたりの単価です。(当施設は10.68円/1単位です)

あなたの1ヶ月あたりの利用料金の概算は、

①保険内基本料金 _____ 円

②保険外料金 _____ 円

合計 _____ 円

と、なります。

※その他必要に応じて、下記「保険内加算料金」が上乘せされます。