

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】

2024/8/1

<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	654	300	0	0	954	28,620
	第2段階		390	430		1,624	48,720
	第3段階①		650	430		2,024	60,720
	第3段階②		1,360	430		2,324	69,720
	第4段階		1,870	550		3,074	92,220
要支援 2	第1段階	827	300	0	0	1,127	33,810
	第2段階		390	430		1,797	53,910
	第3段階①		650	430		2,197	65,910
	第3段階②		1,360	430		2,497	74,910
	第4段階		1,870	550		3,247	97,410

※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（26円・52円・77円）・在宅復帰在宅療養支援機能加算（37円・73円・109円）・サービス提供体制加算（20円・39円・58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	1,309	300	0	0	1,609	48,270
	第2段階		390	430		2,279	68,370
	第3段階①		650	430		2,679	80,370
	第3段階②		1,360	430		2,979	89,370
	第4段階		1,870	550		3,729	111,870
要支援 2	第1段階	1,653	300	0	0	1,953	58,590
	第2段階		390	430		2,623	78,690
	第3段階①		650	430		3,023	90,690
	第3段階②		1,360	430		3,323	99,690
	第4段階		1,870	550		4,073	122,190

<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	1,964	300	0	0	2,264	67,920
	第2段階		390	430		2,934	88,020
	第3段階①		650	430		3,334	100,020
	第3段階②		1,360	430		3,634	109,020
	第4段階		1,870	550		4,384	131,520
要支援 2	第1段階	2,480	300	0	0	2,780	83,400
	第2段階		390	430		3,450	103,500
	第3段階①		650	430		3,850	115,500
	第3段階②		1,360	430		4,150	124,500
	第4段階		1,870	550		4,900	147,000

<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上必要な物品代	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	70
④基本セット	310	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）	310
⑤理美容代（カット）	2,600	ヘアカ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	257	513	769	回
若年性認知症利用者受入加算	129	257	385	日
送迎加算	197	393	590	回
療養食加算	9	17	26	食
総合医学管理加算	294	588	882	日
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する			
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			

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。

※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）

※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。

<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	618	300	550	3,300	4,768	143,040
	第2段階		390	550		4,858	145,740
	第3段階①		650	1,370		5,938	178,140
	第3段階②		1,360	1,370		6,648	199,440
	第4段階		1,870	1,800		7,588	227,640
要支援 2	第1段階	775	300	550	3,300	4,925	147,750
	第2段階		390	550		5,015	150,450
	第3段階①		650	1,370		6,095	182,850
	第3段階②		1,360	1,370		6,805	204,150
	第4段階		1,870	1,800		7,745	232,350

※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（26円・52円・77円）・在宅復帰在宅療養支援機能加算（37円・73円・109円）・サービス提供体制加算（20円・39円・58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	1,237	300	550	3,300	5,387	161,610
	第2段階		390	550		5,477	164,310
	第3段階①		650	1,370		6,557	196,710
	第3段階②		1,360	1,370		7,267	218,010
	第4段階		1,870	1,800		8,207	246,210
要支援 2	第1段階	1,551	300	550	3,300	5,701	171,030
	第2段階		390	550		5,791	173,730
	第3段階①		650	1,370		6,871	206,130
	第3段階②		1,360	1,370		7,581	227,430
	第4段階		1,870	1,800		8,521	255,630

<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	1,855	300	550	3,300	6,005	180,150
	第2段階		390	550		6,095	182,850
	第3段階①		650	1,370		7,175	215,250
	第3段階②		1,360	1,370		7,885	236,550
	第4段階		1,870	1,800		8,825	264,750
要支援 2	第1段階	2,326	300	550	3,300	6,476	194,280
	第2段階		390	550		6,566	196,980
	第3段階①		650	1,370		7,646	229,380
	第3段階②		1,360	1,370		8,356	250,680
	第4段階		1,870	1,800		9,296	278,880

<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上必要な物品代	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	70
④基本セット	310	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）	310
⑤理美容代（カット）	2,600	ヘアカ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	257	513	769	回
若年性認知症利用者受入加算	129	257	385	日
送迎加算	197	393	590	回
療養食加算	9	17	26	食
総合医学管理加算	294	588	882	日
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			

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

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）

※その他必要に応じて、下記「保険内加算料金」が上乗せされます。	と、なります。
---------------------------------	---------