

介護老人保健施設 サン・テレーズ 利用料金表

■ 介護老人保健施設

令和6年8月1日より

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）														
在宅強化型	多床室			従来型個室							算定要件			
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	負担割合	1割	2割	3割				
要介護 1	871	1742	2613	円/日	788	1576	2364	円/日	介護職員等処遇改善加算(I)	7.5%		円/月	全サービスの月間合計金額に7.5%を乗じた金額となります	
要介護 2	947	1894	2841		863	1726	2589		サービス提供体制強化加算(I)	22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち継続10年以上の介護福祉士が35%以上である
要介護 3	1014	2028	3042		928	1856	2784		夜勤職員配置加算	24	48	72	円/日	夜勤を行う職員の勤務条件が基準を満たしている
要介護 4	1072	2144	3216		985	1970	2955		在宅復帰・在宅療養支援機能加算II	51	102	153	円/日	在宅復帰・在宅療養支援機能の基準を満たしている
要介護 5	1125	2250	3375		1040	2080	3120							
負担割合				1割	2割	3割	算定要件							
短期集中リハビリ実施加算 II					200	400	600	円/日	3月以内の期間に集中的にリハビリを実施した場合					
認知症短期集中リハビリ実施加算				I	240	480	720	円/日	3月以内の期間に認知症のリハビリを実施し、退所後生活する居宅等を訪問しその生活環境を踏まえたリハビリ計画書を作成している場合(週3日限度)					
				II	120	240	360		3月以内の期間に認知症のリハビリを実施した場合(週3日限度)					
若年性認知症受入加算					120	240	360	円/日	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合					
外泊時費用					362	724	1086	円/日	外泊した場合(月6日限度)					
外泊時在宅サービス利用費用					800	1600	2400	円/日	外泊時に当施設の在宅サービスを利用した場合(月6日限度)					
ターミナルケア加算				1 1	72	144	216	円/日	死亡日以前 31日以上45日以下	医師が医学的知見により回復の見込みがないと診断された方に対して、ターミナルケアを実施した場合				
				2 1	160	320	480		死亡日以前 4日以上30日以下					
				3 1	910	1820	2730		死亡日以前2日又は3日					
				4 1	1900	3800	5700		死亡日					
初期加算				I	60	120	180	円/日	一般病棟から入院30日以内に退院し入所した場合、入所日から30日以内の期間について加算されません					
				II	30	60	90		入所日から30日以内の期間について加算されません					
退所時栄養情報連携加算					70	140	210	円/回	退所先へ栄養管理に関する情報を提供した場合					
再入所時栄養連携加算					200	400	600	円/回	医療機関からの再入所時に、特別食(腎臓病・肝臓病・糖尿病など)を提供する必要がある場合					
入所前後訪問指導加算				I	450	900	1350	円/回	居宅訪問し退所を目的とした施設計画を策定した場合					
				II	480	960	1440		居宅訪問し、退所後の支援計画を策定した場合					
試行的退所時指導加算					400	800	1200	円/回	入所期間が1月超見込みがある方	退所後の療養上の指導を行った場合				
退所時情報提供加算				I	500	1000	1500	円/回	居宅へ退所し、退所後の主治医に、診療情報を提供した場合(1回限)					
				II	250	500	750		医療機関へ退所し、退所後の主治医に、診療情報を提供した場合(1回限)					
入退所前連携加算				I	600	1200	1800	円/回	入所後30日以内に、退所後に希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合(1回限)					
				II	400	800	1200		入所期間が1月超の入所者の希望する指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて情報を提供した場合(1回限)					
訪問看護指示加算					300	600	900	円/回	訪問看護ステーションへ指示書を交付した場合(1回限)					
協力医療機関連携加算 1					100	200	300	円/月	協力医療機関と病状の急変時の受入等について、連携体制がとれている					
経口移行加算					28	56	84	円/日	経口摂取を進めるための栄養管理を実施した場合					
経口維持加算				I	400	800	1200	円/月	経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合					
				II	100	200	300							
療養食加算					6	12	18	円/食	疾病治療食を提供した場合(1日3回限)					
緊急時治療管理 1					518	1036	1554	円/日	緊急的な治療管理を実施した場合(月3日限)					
所定疾患施設療養費 I					239	478	717	円/日	尿路感染等に投薬等の処置を実施した場合(月7日限)					
認知症緊急対応加算 1					200	400	600	円/日	認知症の行動・心理症状で在宅生活が困難な方を緊急に受入れた場合(7日限)					

その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の利用者負担の料金）													
その他の利用料	居室	4居室	437	円/日	お部屋の種類に応じて異なります	食費	1780	円/日	食費の内訳 朝食480円 昼食700円(おやつ代含む) 夕食600円	教養娯楽費	150	円/日	創作・レク材料・道具・クラブ活動費・行事材料費など
	居室	2居室	1437			日用品	200	円/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・リンス・石鹸など	理美容代	1200	円/回	カットのみ
	居室	個室	2437					500	円/回	髭剃りのみ			
ご利用者様の属する世帯収入(一定収入以下の方)に応じ、3段階の軽減措置(介護保険負担限度額認定証)があります。詳細は、お住まいの市町村に、お問い合わせ下さい。上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日常生活品・介護用品などの購入、備付電気製品・衣類のレンタル、私物の洗濯、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。													
その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります													

■ 短期入所療養介護

令和6年8月1日より

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）														
在宅強化型	多床室			従来型個室			負担割合			1割	2割	3割	算定要件	
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		
要介護 1	902	1804	2706	円/日	819	1638	2457	円/日	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	7.5%			円/月	全サービスの月間合計金額に7.5%を乗じた金額となります
要介護 2	979	1958	2937		893	1786	2679		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち勤務10年以上の介護福祉士が35%以上である
要介護 3	1044	2088	3132		958	1916	2874		夜勤職員配置加算	24	48	72	円/日	夜勤を行う職員の勤務条件が基準を満たしている
要介護 4	1102	2204	3306		1017	2034	3051		在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51	102	153	円/日	在宅復帰・在宅療養支援機能の基準を満たしている
要介護 5	1161	2322	3483		1074	2148	3222							
負担割合				1割	2割	3割	算定要件							
個別リハビリテーション実施加算				240	480	720	円/日	個別にリハビリテーションを実施した場合						
認知症緊急対応加算				200	400	600	円/日	認知症の行動・心理症状で在宅生活が困難な方を緊急に受け入れた場合（7日間限）						
緊急短期入所受入加算				90	180	270	円/日	予定されていない日に、サービスを提供した場合（基本7日限）						
若年性認知症受入加算 1				120	240	360	円/日	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合						
重度療養管理加算 1				120	240	360	円/日	要介護4・5の方のうち、経腸栄養等を実施した場合						
送迎加算（片道）				184	368	552	円/片道	居宅と施設間の送迎をおこなった場合						
療養食加算				8	16	24	円/食	疾病治療食を提供した場合（1日3回限）						
緊急時治療管理 1				518	1036	1554	円/日	緊急的な治療管理を実施した場合（月3日限）						

その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります

◎ 介護予防短期入所療養介護

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）														
在宅強化型	多床室			従来型個室			負担割合			1割	2割	3割	算定要件	
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		
要支援 1	672	1344	2016	円/日	632	1264	1896	円/日	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	7.5%			円/月	全サービスの月間合計金額に7.5%を乗じた金額となります
要支援 2	834	1668	2502		778	1556	2334		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち勤務10年以上の介護福祉士が35%以上である
									夜勤職員配置加算	24	48	72	円/日	夜勤を行う職員の勤務条件が基準を満たしている
									在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51	102	153	円/日	在宅復帰・在宅療養支援機能の基準を満たしている
負担割合				1割	2割	3割	算定要件							
個別リハビリテーション実施加算				240	480	720	円/日	個別にリハビリテーションを実施した場合						
認知症緊急対応加算				200	400	600	円/日	認知症の行動・心理症状で在宅生活が困難な方を緊急に受け入れた場合（7日間限）						
若年性認知症受入加算				120	240	360	円/日	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合						
送迎加算（片道）				184	368	552	円/片道	居宅と施設間の送迎をおこなった場合						
療養食加算				8	16	24	円/食	疾病治療食を提供した場合（1日3回限）						
緊急時治療管理 1				518	1036	1554	円/日	緊急的な治療管理を実施した場合（月3日限）						

その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の利用者負担の料金）														
滞 在 費	4人室	437	円/日	お部屋の種類に応じて異なります	食費	1780	円/日	食費の内訳 朝食480円 昼食700円（おやつ代含む） 夕食600円	教養娯楽費	150	円/日	創作・レク材料・道具・クラブ活動費・行事材料費など		
	2人室	1437								円/回	1200		カットのみ	
	個室	2437									500		髭剃りのみ	
そ の 他 の 利 用 料					日用生活品費	200	円/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・リンス・石鹸など						
	ご利用者様の属する世帯収入（一定収入以下の方）に応じ、3段階の軽減措置（介護保険負担限度額認定証）があります。詳細は、お住まいの市町村に、お問い合わせ下さい。 上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日常生活品・介護用品などの購入、備付電気製品・衣類のレンタル、私物の洗濯、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。													

医療法人石岡脳神経外科病院
 介護老人保健施設 サン・テレーズ 利用料金表

■ 通所リハビリテーション

令和6年6月1日より

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）

通常規模型 通所リハビリテーション費（介護度ごとのサービス利用時間に応じて料金が異なります）

利用時間	2時間以上3時間未満			3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満			5時間以上6時間未満			6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満				
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割		
要介護1	383	766	1149	486	972	1458	553	1106	1659	622	1244	1866	715	1430	2145	762	1524	2286		
要介護2	439	878	1317	565	1130	1695	642	1284	1926	738	1476	2214	850	1700	2550	903	1806	2709		
要介護3	498	996	1494	643	1286	1929	730	1460	2190	852	1704	2556	981	1962	2943	1046	2092	3138		
要介護4	555	1110	1665	743	1486	2229	844	1688	2532	987	1974	2961	1137	2274	3411	1215	2430	3645		
要介護5	612	1224	1836	842	1684	2526	957	1914	2871	1120	2240	3360	1290	2580	3870	1379	2758	4137		
負担割合				1割	2割	3割	算定要件													
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）				8.6%			円/月	全サービスの月間合計金額に8.6%を乗じた金額となります												
サービス提供体制強化加算Ⅰ				22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である												
中重度者ケア体制加算				20	40	60	円/日	基準以上の看護介護職員を配置し、要介護3以上の割合が30%を超えている												
重度療養管理加算				100	200	300	円/日	要介護3以上の方で、経腸栄養等の医学的管理が必要な方												
送迎を行わない場合				-47	-94	-141	円/回	当施設の送迎を利用されない場合												
入浴介助加算				Ⅰ	40	80	120	円/回	入浴時の介助（見守りを含む）を実施した場合											
				Ⅱ	60	120	180	円/回	入浴計画を作成し、入浴介助（見守りを含む）を実施した場合											
短期集中個別リハビリテーション				110	220	330	円/回	退院（所）又は認定日から3月以内に、個別リハを実施している場合												
リハビリテーション マネジメント加算				Ⅰ	560	1120	1680	円/月	6月以内	医師が、理学療法士等が医師の指示のもとし、リハ計画書を作成して、リハビを実施した場合										
					240	480	720		6月以上											
認知症短期集中リハビリテーション加算				Ⅰ	240	480	720	円/回	認知症のリハビリテーションを実施した場合											
				Ⅱ	1920	3840	5760	円/月	居宅を訪問し、評価を行い、その結果を家族に伝達した場合											
栄養改善加算				200	400	600	円/回	管理栄養士による栄養状態の管理をした場合												
口腔機能向上加算Ⅰ				150	300	450	円/回	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合（月2回限）												
口腔栄養スクリーニング加算				Ⅰ	20	40	60	円/回	6月毎に栄養状態を確認し、介護支援専門員に文章で共有した場合（6月1回限）											
				Ⅱ	5	10	15	円/回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合（6月1回限）											
若年性認知症受入加算				60	120	180	円/日	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合												

その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります

◎ 予防通所リハビリテーション

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）

予防通所リハビリテーション費（介護度に応じて料金が異なります）

負担割合	1割	2割	3割	円/月	算定要件		
	要支援 1	2268	4536			6804	円/月
要支援 2	4228	8456	12684	円/月			
負担割合							
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		8.6%			円/月	全サービスの月間合計金額に8.6%を乗じた金額となります	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）Ⅰ		要支援1	88	176	264	円/月	介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である
		要支援2	176	352	528	円/月	
栄養改善加算		200	400	600	円/月	管理栄養士による栄養状態の管理されている場合	
口腔機能向上加算		Ⅰ	150	300	450	円/回	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合
口腔栄養スクリーニング加算		Ⅰ	20	40	60	円/回	6月毎に栄養状態を確認し、介護支援専門員に文章で共有した場合（6月1回限）
		Ⅱ	5	10	15	円/回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合（6月1回限）
若年性認知症受入加算		240	480	720	円/月	個別の担当者を定め、その者を中心にサービス提供が行われた場合	
12月超減算		要支援1	-120	-240	-360	円/月	当事業所の利用開始月から12カ月を超えて利用継続する場合。尚、期間中に入院により中断があり、医師からの指示内容に変更があった場合は、新たに利用が開始されたこととなります
		要支援2	-240	-480	-720	円/月	

その他の介護保険給付についても負担割合に応じて自己負担となります

★ その他の料金

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の為、利用者負担となります）

その他の利用料	食費（昼食）	700	円/食	昼食（おやつ代含む）	紙おむつ代（処理代含む）	リハビリパンツ	170	円/枚
	日用品費	250	円程度/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・リンス・石鹸など		紙おムツ	150	
理美容代	カット	1200円/回	ひげそり	500円/回	フラット式オムツ	100		
					尿取パット	70		

上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日用生活品などの購入、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。