

利用者負担説明書

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる**通常1割の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、個室等の室料、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス＜入所、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーション＞毎に異なります。

また、利用者負担は全国统一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症ケア加算）等で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける在宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なります。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーションは、在宅サービスであり、原則的に利用に際しては、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。**また、個別リハビリテーションや入浴といった加算対象のサービスも、ケアプランに記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、ケアプランに記載されているかないかをご確認ください。

ケアプランは利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所、地域包括支援センターに作成を依頼することもできます。

詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

1 保険給付の自己負担額（非課税） / 1日

多床室		従来型個室（1階一般棟のみ）	
・要介護1	865円	・要介護1	764円
・要介護2	915円	・要介護2	814円
・要介護3	969円	・要介護3	868円
・要介護4	1,024円	・要介護4	923円
・要介護5	1,079円	・要介護5	977円

上記、短期入所療養介護費に下記の金額が加算されます

- * サービス提供体制強化加算（いずれか一方を加算します）
 - 介護職員のうち介護福祉士を50%以上配置している場合 1日 13円
 - 常勤職員を75%以上配置している場合、または、3年以上勤務している職員を30%以上配置している場合 1日 7円
 - * リハビリテーション機能強化加算 1日 31円
利用者の状態像に応じ、必要な理学療法、作業療法等を適時適切に提供できる体制が整えられている場合
 - * 個別リハビリテーション実施加算 1日 246円
理学療法士、作業療法士等が1日20分以上の個別リハビリテーションを行った場合
 - * 療養食加算 1日 24円
糖尿病食・腎臓食などの特別な食事を提供した場合
 - * 若年性認知症利用者受入加算 1日 123円
若年性認知症の方を受入れ、担当者を中心に特性に応じたサービスを提供した場合
 - * 送迎加算 片道 189円
利用者の心身の状態、家族等の事情で送迎が必要な場合
 - * 緊急時施設療養費 1日 512円
利用者の容態が急変し、緊急時に所定の対応を行った場合
- ～ 2階（認知症専門棟）にご入所される方のみの加算～
- * 認知症ケア加算 1日 78円
 - * 夜勤職員配置加算（2階利用者50名に対して3名の職員を配置） 1日 25円

ただし、月額は、端数処理の為、差異が生じます。

2 利用料

- 1) 滞在費 別表1のとおり
- 2) 食費 別表1のとおり
- 3) 特別室料 / 1日 (消費税込) 1050円
個室 (一般棟) のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。
- 5) 理美容代 (非課税) カット 1,200円
丸刈り 1,000円
理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。
- 6) その他の費用
診断書等の文書の発行に係る費用が生じた場合にお支払いいただきます。

利用料は短期入所療養介護費等とあわせ、ご利用の翌月にご請求させていただきます。

(別表1)

利用料に定める居住費及び食費の額は下記のとおりとする。

費用項目 利用者負担段階	居住費		食費
	(多床室)	(従来型個室)	
第1段階	0	490	300
第2段階	320	490	390
第3段階	320	1,310	650
償還給付を受ける方	320	1,640	1,380
第4段階	320	1,640	1,380

利用者負担段階が第1～3段階の方で、介護保険負担限度額認定証の提出がない方は、一旦、当施設に国が定める基準額をお支払いいただきます。

介護老人保健施設 希望
管理者 太田 正幸

(短期入所療養介護用)

介護老人保健施設のサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設の短期入所療養介護サービスを利用するにあたり、これの利用者負担に関して、本日担当者より説明を受け、介護老人保健施設の短期入所療養介護サービスを利用した場合に、これの対価として、施設の定める料金を支払うことに同意します。

平成 年 月 日

<利用者>

氏 名

印

<扶養者>

氏 名

印

介護老人保健施設 希望
管理者 太田 正幸 殿