

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、利用者負担は全国統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い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 / 1 日 (非課税)

・ 要介護 1	7 0 8 円
・ 要介護 2	8 6 6 円
・ 要介護 3	1 , 0 2 3 円
・ 要介護 4	1 , 1 8 2 円
・ 要介護 5	1 , 3 4 0 円

上記通所リハビリテーション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 (いずれか一方が加算されます)
 - 介護職員のうち介護福祉士を 40%以上配置している場合 1 日 1 3 円
 - 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
- * 入浴介助加算
 - 入浴時の見守り・介助を行った場合 1 日 5 2 円
- * リハビリテーションマネジメント加算
 - 月に 8 回以上利用されている方に対し通所リハビリテーション計画を作成した場合 1 月 2 3 7 円
 - ご利用が月に 8 回未満の場合であっても以下の場合は加算されます。
 - ・ 通所リハビリテーション計画上、月 8 回以上利用する予定であったが、体調不良等の利用者様の都合でご利用されなかった場合
 - ・ 通所リハビリテーション利用開始月であって、個別リハビリテーション・認知症短期集中リハビリテーション・短期集中リハビリテーションをご利用されている場合
- * 短期集中リハビリテーション加算
 - 短期・集中的に通所リハビリテーションを行った場合
 - 病院、診療所、介護保険施設等から退院・退所した日または認定日から起算して
 - 1 ヶ月以内に 1 回 4 0 分以上 1 日 2 8 8 円
 - 3 ヶ月以内に 1 回 2 0 分以上 1 日 1 4 4 円
- * 個別リハビリテーション加算
 - 病院、診療所、介護保険施設等から退院・退所した日または認定日から 3 ヶ月を超えて個別に通所リハビリテーションを行った場合 1 日 8 3 円
- * 認知症短期集中リハビリテーション加算
 - 認知症であって通所リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された方に対し利用開始日から 3 ヶ月以内に集中的にリハビリテーションを行った場合 1 日 2 4 7 円

- * 若年性認知症利用者受入加算
若年性認知症の方を受け入れ、担当者を中心に特性に応じたサービスを行った場合
1日 62円
- * 栄養マネジメント加算
低栄養状態にある、またはそのおそれのある方に対し、管理栄養士が栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（1月に2回を限度とする） 1回 155円
- * 口腔機能向上加算
口腔機能が低下している、またはそのおそれのある方に対して、歯科衛生士等が口腔清掃の指導や実施等の口腔機能向上サービスを行った場合（1月に2回を限度とする）
1回 155円
- * 訪問指導等加算
理学療法士等がご自宅に伺い、通所リハビリテーション計画の作成や見直しを行なった場合
月1回 566円

ただし、月額は、端数処理の為、差異が生じます。

2 利用料（非課税）

食費 460円

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

おむつ代	パンツ式	160円
	紙おむつ	120円
	ケアパット	30円

施設でご用意したおむつをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

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。

介護老人保健施設 希望

管理者 太田 正幸

(通所リハビリテーション用)

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通所リハビリテーション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、担当者による説明を受け、介護老人保健施設の通所リハビリテーションサービスを利用した場合に、これら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