

利 用 者 負 担 説 明 書

(2024年4月1日版)

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（及び介護予防）の給付にかかる1割～3割の自己負担分と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、要介護認定の申請代行費等）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（及び介護予防）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、（介護予防）訪問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（介護予防）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（認知症専門棟加算）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おいて種々のサービスを受ける居宅サービス（及び介護予防のサービス）がありますが、それぞれ利用方法が異なっています。

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、（介護予防）訪問リハビリテーションは、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス（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、加算対象のサービスも、居宅支援サービス（介護予防サービス）計画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、居宅支援サービス（介護予防サービス）計画に記載されているか、いないかをご確認ください。

各サービス計画は、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業者〔地域包括支援センター〕）に作成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。

介護保健施設 東海園の利用料(1ヶ月を30日として計算)

介護保健施設サービス費

令和6年4月1日より

	介護認定区分	1日の金額	1割負担 (30日)	2割負担 (30日)	3割負担 (30日)	備考
個室 (基本型)	要介護1	717 円	21,510 円	43,020 円	64,530 円	日常的な看護・介護・医療・機能訓練のお世話をしながら、居宅における自立支援を目指します。(リハビリは週2回・20分以上)
	要介護2	763 円	22,890 円	45,780 円	68,670 円	
	要介護3	828 円	24,840 円	49,680 冖	74,520 円	
	要介護4	883 円	26,490 円	52,980 円	79,470 円	
	要介護5	932 円	27,960 円	55,920 円	83,880 円	
	要介護1	793 円	23,790 円	47,580 円	71,370 円	在宅復帰・在宅療養支援の基準を満たした介護老人保健施設の場合、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)として51単位を1日につき算定いたします。(加算型)
	要介護2	843 円	25,290 円	50,580 円	75,870 冮	
	要介護3	908 円	27,240 冮	54,480 冮	81,720 冮	
	要介護4	961 冮	28,830 冮	57,660 冮	86,490 冮	
	要介護5	1,012 冮	30,360 冮	60,720 冮	91,080 冮	
個室 (在宅強化型)	要介護1	788 冮	23,640 冮	47,280 冮	70,920 冮	在宅復帰・在宅療養支援の基準を満たした介護老人保健施設の場合、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)として51単位を1日につき算定いたします。(超強化型)
	要介護2	863 冮	25,890 冮	51,780 冮	77,670 冮	
	要介護3	928 冮	27,840 冮	55,680 冮	83,520 冮	
	要介護4	985 冮	29,550 冮	59,100 冮	88,650 冮	
	要介護5	1,040 冮	31,200 冮	62,400 冮	93,600 冮	
	要介護1	871 冮	26,130 冮	52,260 冮	78,390 冮	
	要介護2	947 冮	28,410 冮	56,820 冮	85,230 冮	
	要介護3	1,014 冮	30,420 冮	60,840 冮	91,260 冮	
	要介護4	1,072 冮	32,160 冮	64,320 冮	96,480 冮	
	要介護5	1,125 冮	33,750 冮	67,500 冮	99,500 冮	
個室 (その他型)	要介護1	703 冮	21,090 冮	42,180 冮	63,270 冮	基本型の基準に満たないときはその他型となります。
	要介護2	748 冮	22,440 冮	44,880 冮	67,320 冮	
	要介護3	812 冮	24,360 冮	48,720 冮	73,080 冮	
	要介護4	865 冮	25,950 冮	51,900 冮	77,850 冮	
	要介護5	913 冮	27,390 冮	54,780 冮	82,170 冮	
	要介護1	777 冮	23,310 冮	46,620 冮	69,930 冮	基本型の基準に満たないときはその他型となります。 ※R7.8月～室料相当額26単位減算とし、新たに月額8千円相当自己負担となる。
	要介護2	826 冮	24,780 冮	49,560 冮	74,340 冮	
	要介護3	889 冮	26,670 冮	53,340 冮	80,010 冮	
	要介護4	941 冮	28,230 冮	56,460 冮	84,690 冮	
	要介護5	991 冮	29,730 冮	59,460 冮	89,190 冮	

個別サービスの加算・減算項目

項目	1日の金額	1割負担(30日)	2割負担(30日)	3割負担(30日)	備考
夜勤職員配置加算	24 円	720 円	1,440 円	2,160 円	法的基準以上の夜勤職員を配置している場合
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	258 円		516 円	774 円	入所日から3ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合実施日のみ算定
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240 円		480 円	720 円	認知症と医師が判断し、入所日から3ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合実施日のみ算定(週に3日を限度)
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)		53 円	106 円	159 円	継続的にリハビリテーションの質を管理していること。実施計画等の情報を厚生労働省に提出。(月1回)
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)		33 円	66 円	99 円	継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
外泊時費用	362 円		724 円	1,086 円	施設長が外泊を認めた場合(月に6日限度)
初期加算(Ⅰ)	60 円	1,800 円	3,600 円	5,400 円	急性期医療を担う医療機関の一般病棟へ入院後30日以内に退院し、入所した場合
初期加算(Ⅱ)	30 円	900 円	1,800 円	2,700 円	入所日から30日が限度
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)		450 円	900 円	1,350 円	退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行う
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)		480 円	960 円	1,440 円	生活機能の具体的な改善目標を定め退所後の生活に係る支援計画を策定する
退所時情報提供加算(Ⅰ)		500 円	1,000 円	1,500 円	居宅に退所する際に主治医に情報提供
退所時情報提供加算(Ⅱ)		250 円	500 円	750 円	医療機関に退所する際に情報提供
入退所前連携加算(Ⅰ)		600 円	1,200 円	1,800 円	入所前30日以内又は入所後30日以内に退所後に利用を希望する居宅支援事業所と連携し、退所後の利用方針を定めること。 退所後の居宅事業所に必要な情報提供を行ったとき。
入退所前連携加算(Ⅱ)		400 円	800 円	1,200 円	退所に先立って希望する居宅介護支援事業者に対し情報提供を行った場合に算定
訪問看護指示加算		300 円	600 円	900 円	退所時に医師が診療に基づき、訪問看護指示書を作成した場合(1回限り)
協力医療機関連携加算(Ⅰ) R6年度まで		100 円	200 円	300 円	要件を満たす協力医療機関と会議(相談員+看護師)で情報共有する。(月1回)
協力医療機関連携加算(Ⅰ) R7年度から		50 円	100 円	150 円	
栄養マネジメント強化加算	11 円	330 円	660 円	990 円	栄養管理を強化して実施した場合
再入所時栄養連携加算	200 円		400 円	600 円	再入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該病院の管理栄養士と施設管理栄養士が連携し栄養ケア計画を策定した場合
経口移行加算(180日以内)	28 円	840 円	1,680 円	2,520 円	経管により食事を摂取している方に対し経口による摂取を進めるための計画
経口維持加算(Ⅰ)		400 円	800 円	1,200 円	経口による継続的な食事の摂取を進めるための計画
口腔衛生管理加算(Ⅰ)		90 円	180 円	270 円	歯科医師の指導に基づき、口腔衛生の管理に係る計画を作成し、月2回以上、入所者の口腔衛生等の管理を行った場合に算定
口腔衛生管理加算(Ⅱ)		110 円	220 円	330 円	上記(Ⅰ)に加え、厚生労働省に情報を提出
排せつ支援加算(Ⅰ)		10 円	20 円	30 円	6ヶ月に1回評価し結果を厚生労働省提出、3ヶ月に1回支援経過の見直し(月1回)
排せつ支援加算(Ⅱ)		15 円	30 円	45 円	排尿・排便の一方が改善し悪化がない(月1回)
排せつ支援加算(Ⅲ)		20 円	40 円	60 円	排尿・排便の一方が改善し悪化がない、かつ、おむつ使用ありからなしに改善(月1回)
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)		3 円	6 円	9 円	3ヶ月1回評価し結果を厚生労働省に提出、3ヶ月1回褥瘡ケア計画の見直し(月1回)
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		13 円	26 円	39 円	(Ⅰ)の評価の結果、褥瘡発生(月1回)

療養食加算	18 円	540 円	1,080 円	1,620 円	糖尿病・心臓病等の療養食を提供した場合(1食につき6単位)
自立支援促進加算		300 円	600 円	900 円	質の高い情報の収集・分析をし、評価を行う。(月1回)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ		140 円	280 円	420 円	入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整する。
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ		70 円	140 円	210 円	施設において薬剤を評価・調整する。
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)		240 円	480 円	720 円	服薬情報等を厚生労働省に提出する。
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)		100 円	200 円	300 円	退所時に入所時と比べて1種類以上減薬していること。
緊急時治療管理	518 円		1,036 円	1,554 円	病状の急変のより緊急治療を実施した場合(1ヶ月連続3日を限度)
所定疾患施設療養費Ⅱ	480 円		960 円	1,440 円	肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全(増悪)にて検査を行った場合(月に1回10日を限度)
ターミナルケア加算11	72 円		144 円	216 円	死亡日以前31日以上45日以下
ターミナルケア加算21	160 円		320 円	480 円	死亡日以前4日以上30日以下
ターミナルケア加算31	910 円		1,820 円	2,730 円	死亡日以前2日～3日
ターミナルケア加算41	1,900 円		3,800 円	5,700 円	死亡日
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		120 円	240 円	360 円	対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
安全対策体制加算(入所中1回)		20 円	40 円	60 円	事故発生防止のための指針の作成・委員会の開催・従業員に対する研修の実施及び実施する為の担当者の配置を備えた体制加算
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		40 円	80 円	120 円	ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		60 円	120 円	180 円	I の条件に加え、疾病の状況や服薬情報等が必要
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)		10 円	20 円	30 円	感染者の対応を行う医療機関と連携し、施設内で療養を行う。(月1回)
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)		5 円	10 円	15 円	感染対策の一定要件を満たす医療機関から、感染制御等の実地指導を受ける。(月1回)
新興感染症等施設療養費	240 円		480 円	720 円	診療を実施する医療機関との連携の上、適切な対応を行う。1月に1回5日を限度
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		10 円	20 円	30 円	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を開催(月1回)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円	540 円	1,080 円	1,620 円	介護福祉士が60%以上
特定治療	医療保険の点数表により算定				やむを得ない事情により、日常の医療以外のリハビリ・処置・手術・麻酔・放射線治療を実施した場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) R6.5月まで		3.9 %			介護保健施設サービス費の該当する加算の合計に乗じて算定。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)R6.5月まで		2.1 %			
介護職員等ベースアップ等支援加算R6.5月まで		0.8 %			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) R6.6月から		7.5 %			

食費・居住費等（1ヶ月を30日として計算）

	1日の金額	1ヶ月の金額	備考
食費	1,445 円 朝食 399 円 昼食 471 円 夕食 575 円	43,928 円	材料費及び調理費等。管理栄養士の管理の下、適切な食事を提供します。 ※介護保険負担限度額認定証に該当の方は別添資料1 参照
居住費(多床室)R6.7月まで	377 円	11,310 円	光熱費・水道代等
居住費(個室)R6.7月まで	1,668 円	50,040 円	光熱費、水道代等(個室利用)
居住費(多床室)R6.8月から	437 円	13,110 円	光熱費・水道代等
居住費(個室)R6.8月から	1,728 円	51,840 円	光熱費、水道代等(個室利用)
特別室加算(1人部屋)課税	550 円	16,500 円	入所者の希望にて

その他日常生活用品等の費用（1ヶ月を30日として計算）

	1日の金額	1ヶ月の金額	備考
クリーニング代(委託)	110 円	3,300 円	月に15日以内の入所者の場合は、1日につき110円とし、16日以上は一律に3,300円です。
理美容代(委託)	1700円～		理容業者による散髪代。(顔そり・髭剃りは、500円追加)
電気代(希望者のみ・1器具)	33 円	990 円	個人専用テレビ、電気毛布、アンカ等の持ち込み利用の場合
行事参加費・行事食費	実費(300～700円程度)		お申込みがあった場合にのみ加算
健康管理費	1回 1,500円程度		インフルエンザ等の予防接種代 ※一般(64歳未満)の方1回4,000円程度
	1回 550円		歯科検診代
日常生活品費	150 円	4,500 円	バスタオル、タオル、おしぶり、シャンプーなど、日常生活に最低限必要と考えられる物品をご利用いただく場合にお支払い頂きます。 (施設で用意する物品を利用しない場合は、ご家族様でご用意ください)

※CSセット(日用品セット)もご利用頂けます。

CS(ケアサポート)セットとは？

CSセットとは、株式会社エランが提供する「入所に必要なタオル類や日用品などをレンタルで利用できる」サービスです。利用者の方の健康状態によって介護に必要な日用品(生活用品)が異なります。当施設では3種類のCSセットが利用可能で、その方に合った必要品がご利用頂けます。

専門業者による洗濯を施した衛生的なタオル類や、消耗品等は定期的に新品交換致しますので、衛生的にお使い頂けます。又、ご家族様の購入の手間が省けます。その他、ご要望がございましたらご相談ください。

日用品代(Aプラン)	363 円	10,890 円	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぶり、ボディーソープ、リンスインシャンプー、歯ブラシ、歯磨き粉、蓋付コップ、ティッシュ、ブラシ、うがい容器、入歯洗浄剤、入歯容器、保湿ローション、口腔ケア用品(スポンジ・ケアシート・ケアジェル・マウスウォッシュなど)
日用品代(Bプラン)	341 円	10,230 円	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぶり、ボディーソープ、リンスインシャンプー、歯ブラシ、歯磨き粉、蓋付コップ、ティッシュ、ブラシ、うがい容器、入歯洗浄剤、入歯容器、保湿ローション
日用品代(Cプラン)	319 円	9,570 円	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぶり、ボディーソープ、リンスインシャンプー、歯ブラシ、歯磨き粉、蓋付コップ、ティッシュ、ブラシ、うがい容器、入歯洗浄剤、入歯容器など

《別添資料1》

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）」 に該当する利用者等の負担額

○ 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

○ 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）

○ 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。

【利用者負担第1段階】

生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方

【利用者負担第2段階】

世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方

【利用者負担第3段階】

世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、上記第2段階以外の方
(課税年金収入額が80万円超の方など)

○ 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。

○ その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（1日当たりの利用料）

食費	利用する療養室のタイプ	
	従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	490
利用者負担第2段階	390	
利用者負担第3段階①	650	1,310
利用者負担第3段階②	1,360	370

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

年　月　日

医療法人伸和会介護老人保健施設 東海園
理事長 赤須 郁太郎 殿

< 利用者 >

住 所

電話番号

氏 名

印

< 利用者の身元引受人 >

住 所

電話番号

氏 名

印

介護老人保健施設のサービス（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、（介護予防）訪問リハビリテーション）を利用するにあたり、医療法人伸和会介護老人保健施設東海園 利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。

その内容を十分に理解し、介護老人保健施設の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すると共に下記事項を厳守することを誓約します。

記

1. 医療法人介護老人保健施設 東海園の諸規程を守り、職員の指示に従います。

2. 使用料等の費用の支払いについては、医療法人伸和会介護老人保健施設 東海園に対し一切迷惑をかけません。

以上