

利用者負担説明書

(2024年6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、倶楽部等を使用する材料費、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、（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。

予防訪問リハビリテーションの利用料

令和6年6月1日より

介護認定区分	サービス内容		料金	備考
要支援 1・2	予防訪問リハ (1回20分)	1割	298円	通院が困難な利用者に対して理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師の指示に基づき行った場合に算定 (基本訪問時間は20分単位となりますので、40分の方は2回分、60分の方は3回分の料金となります。)
		2割	596円	
		3割	894円	
	短期集中リハ加算	1割	200円	利用者の状態に応じて退院日又は認定日から起算して3ヶ月以内に集中的にリハビリテーションを実施した場合に算定(1日につき)
		2割	400円	
		3割	600円	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1割	6円	勤続7年以上の者が配置されている場合、1回につき所定単位数を加算する。
		2割	12円	
		3割	18円	
	リハ診療未実施減算	1割	-50円	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療をおこなわなかった場合(1回につき)
		2割	-100円	
		3割	-150円	
	12ヶ月超過減算	1割	-30円	3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーション計画等の内容の情報を厚生労働省に提出していない場合に減算(1回につき)
		2割	-60円	
		3割	-90円	
	口腔連携強化加算	1割	50円	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合に算定(1月に1回限り)
		2割	100円	
		3割	150円	
	退院時共同指導加算	1割	600円	退院するにあたり医師又は作業療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合(1回につき)
		2割	1200円	
		3割	1800円	
実施地域外訪問費用(中山間地域【旧北方町、旧北川町、旧北浦町、島野浦島】) ※宮崎県が定めた介護報酬における「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」に該当する地域とします。				
中山間地域等提供加算	1割		実施地域を超える場合、基本料金の5%加算する。	
	2割			
	3割			
区分関係なし	実施地域外訪問費用(中山間地域を除く)			
	交通費(車)	1キロ	15円 (税込)	延岡市以外の地域へ訪問した場合の交通費で、延岡市を出てから片道1キロごとに15円を頂きます。
	交通費(公共交通機関)		実費	延岡市以外の地域へ訪問した場合の交通費で、公共交通機関を利用した場合は実費を頂きます。

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

記

1. 医療法人伸和会介護老人保健施設 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