

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。

予防短期入所療養介護の利用料

令和6年4月1日より

介護認定区分			1割負担 (1日)	2割負担 (1日)	3割負担 (1日)	備考
基本負担額	個室 (基本型)	要支援1	579 円	1,158 円	1,737 円	利用者本人の心身の状況や病状、家族の都合等により、一時的に入所介護が必要となった場合、短期的に受け入れを行い、看護、介護、機能訓練を行います。 (ひと月30日が限度です)
		要支援2	726 円	1,452 円	2,178 円	
	多床室 (基本型)	要支援1	613 円	1,226 円	1,839 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)
		要支援2	774 円	1,548 円	2,322 円	
	個室 (在宅強化型)	要支援1	632 円	1,264 円	1,896 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(Ⅱ)として51単位を1日につき算定いたします。 (超強化型)
		要支援2	778 円	1,556 円	2,334 円	
	多床室 (在宅強化型)	要支援1	672 円	1,344 円	2,016 円	
		要支援2	834 円	1,668 円	2,502 円	
	個室 (その他型)	要支援1	566 円	1,132 円	1,698 円	基本型の基準に満たないときはその他型となります。
		要支援2	711 円	1,422 円	2,133 円	
	多床室 (その他型)	要支援1	601 円	1,202 円	1,803 円	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。
		要支援2	758 円	1,516 円	2,274 円	

個別サービスの加算額

夜勤職員配置加算	24 円	48 円	72 円	法的基準以上の夜勤職員を配置しています。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円	36 円	54 円	介護福祉士が60%以上
個別リハビリテーション実施加算	240 円	480 円	720 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を実施した場合。
療養食加算	24 円	48 円	72 円	糖尿病、心臓病等の療養食を提供します。(1食あたり8単位)
送迎加算(片道)	184 円	368 円	552 円	心身の状態、家族の事情等から見て送迎が必要と認められた場合
口腔連携強化加算	50 円	100 円	150 円	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に1月1回算定する。
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
緊急時治療管理(1日)	518 円	1,036 円	1,554 円	病状の急変等により、緊急治療を行った場合連続する3日の範囲内。
総合医学管理加算	275 円	550 円	825 円	治療管理を目的とし、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(利用中10日を限度)
特定治療	医療保険の点数表により算定			上記サービス料、加算料の合計に乗じて算定
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) R6.5月まで	所定の単位数の3.9%			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) R6.5月まで	所定の単位数の2.1%			
介護職員等ベースアップ等支援加算 R6.5月まで	所定の単位数の0.8%			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) R6.6月から	所定の単位数の7.5%			上記サービス料、加算料の合計に乗じて算定

食費・居住費その他の日常生活費用

食費	内訳	1日 1,445 円 朝食 399 円 昼食 471 円 夕食 575 円	材料費及び調理日等。管理栄養士の管理のもと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	1日	377 円	光熱費・水道代等
居住費(個室)R6.7月まで	1日	1,668 円	光熱費、水道代等(個室利用)
居住費(多床室)R6.8月から	1日	437 円	光熱費・水道代等
居住費(個室)R6.8月から	1日	1,728 円	光熱費、水道代等(個室利用)
特別室加算(1人部屋)課税	1日	550 円	利用者の希望(1人部屋)
行事参加費・行事食費	実費(300～700円程度)		全体で行う行事参加費及び行事食費。(行事参加申し込みが必要)
クリーニング代(委託)	1日	110 円	個人用衣類の洗濯代。(業者委託)
理美容代(委託)	1回	1,700 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	1器具/日	33 円	個人用テレビ、電気毛布、あんか等持ち込み利用される方。
日常生活品費	1日	150 円	バスタオル、タオル、おしぼり、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)

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。

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。

専門業者による選択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)	1日	363 円	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぼり、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	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぼり、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	大判バスタオル、フェイスタオル、おしぼり、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

「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高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	0
利用者負担第2段階	600		1,310
利用者負担第3段階①	1,000	1,310	
利用者負担第3段階②	1,300		

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