

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（及び介護予防）の給付にかかる1割又は2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）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、介護老人保健施設シルバービレッジの担当者にご相談ください。

入所の場合の利用者負担

1 保険給付の自己負担額

施設サービス費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
多床室	793単位	843単位	908単位	961単位	1,012単位
従来型個室	717単位	763単位	828単位	883単位	932単位

笠間市：法令による地域区分により介護保険単位1単位＝10.14円で計算しています（端数処理により金額が若干異なる場合があります）

- ※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）：51単位／日
- ※ 介護職員処遇改善加算 所定単位数×7.5%
- ※ 入所後30日に限って、上記施設サービス費に1日につき30単位加算されます。
- ※ 外泊された場合には、1日につき上記サービス費に代えて362単位となります。ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いにはなりません。
- ※ ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合は、別途料金をいただきます。
- ※ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）：40単位／月
- ※ 退所時指導等を行った場合は、下記の料金が加算されます。
 - ①退所が見込まれ、試行的退所時療養上の指導を行った場合：400単位
 - ②利用者の主治医、または、居宅支援事業者にたいし、文書をもって利用者の処遇に必要な情報を提供した場合：各500単位
 - ③医療機関へ退所する際、医療機関にたいし、利用者の処遇に必要な情報を提供した場合：250単位
 - ④居宅支援事業者にたいし、文書をもって利用者の処遇に必要な情報を提供した場合：400単位
- ※ 退所時栄養情報連携加算：70単位／回
- ※ 再入所時栄養連携加算：200単位／回
- ※ 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）：450単位／回
- ※ 短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）（入所後3ヶ月間）：258単位／日
- ※ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）：33単位／月
- ※ 口腔衛生管理加算 歯科衛生士が専門的にケアした場合：90単位／月
- ※ 食事を取るための計画を作成し、医師の指示にて多職種が経口移行支援を行った場合：28単位／日
- ※ 健康状態に合わせた特別な食事を提供した場合1食につき6単位加算されます。
- ※ 排せつ支援加算（Ⅰ）：10単位／月
- ※ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）：3単位／月
- ※ 自立支援促進加算：300単位／月
- ※ 安全対策体制加算：20単位／回（1回限定）
- ※ 協力医療機関連携加算：50単位／月
- ※ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）：（Ⅰ）10単位（Ⅱ）5単位／月
- ※ 新興感染症等施設療養費：240単位／日
- ※ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）：（Ⅱ）10単位／月
- ※ ターミナルケア加算
 - 死亡日45日前～31日前 72単位／日
 - 死亡日30日前～4日前 160単位／日
 - 死亡日前々日、前日 910単位／日
 - 死亡日 1900単位／日

上記内容は1割負担の表記であり、2割負担、3割負担の場合がございます。

2 利用料

- ① 食費（１日当たり） １,７００円＊
（ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が１日にお支払いいただく食費の上限となります。）
- ② 居住費（療養室の利用費）（１日当たり）＊
・従来型個室 １,７２８円
・多床室 ４３７円
（ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が１日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

＊上記①「食費」及び③「居住費」において、国が定める負担限度額段階（第１段階から３段階まで）の利用者の自己負担額については、《別添資料１》をご覧ください。

- ③ 入所者が選定する特別な療養室料／１日 個室 １,０００円・２人室 ５００円
個室、２人室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。なお、個室、２人室をご利用の場合、外泊時にも室料をいただくこととなります。
- ④ 日常生活品費／１日 ２５０円
石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、バスタオルやおしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑤ 教養娯楽費／１日 １００円
倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフト等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑥ 理美容代 ２,３００円
理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。
- ⑦ 健康管理費 ３,０００円
インフルエンザ予防接種に係る費用でインフルエンザ予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。
- ⑧ 私物の洗濯代 ７,５００円
私物の洗濯を洗濯業者に依頼される場合にお支払いいただきます。
- ⑨ その他の費用
個人的に使用する機器（テレビ等）にかかる電気代、診断書等の文書発行に係る費用等を利用料として徴収します。

《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		
		ユニット型個室	ユニット型準個室 従来型個室	多床室
利用者負担第 1 段階	3 0 0	8 2 0	4 9 0	0
利用者負担第 2 段階	3 9 0			3 7 0
利用者負担第 3 段階	6 5 0	1, 3 1 0	1, 3 1 0	

※上記表中は、負担上限額にて記載しておりますが、低い額を設定する場合、その額を記入して下さい。

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

介護老人保健施設シルバービレッジ
管理者 飯泉 俊雄 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入所サービスを利用するにあたり、介護老人保健施設シルバービレッジ利用約款に基づき、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. 介護老人保健施設シルバービレッジの諸規程を守り、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、介護老人保健施設シルバービレッジに対し一切迷惑をかけません。

以上