

# 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**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室料、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、教養娯楽費等）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、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）、訪問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、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）、訪問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、居宅サービスであり、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス計画（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、送迎、入浴といった加算対象のサービスも、居宅支援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、居宅支援サービス計画に記載されているか、いないかをご確認ください。

居宅支援サービス計画は、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（居宅支援サービス計画を作成する専門機関）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。

## A 入所の場合の利用者負担

### 1 介護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。なお介護保険負担割合が2割の方につきましては2倍、3割の方は3倍の金額となります。)

・要介護1	個室	788円/日	多床室	871円/日
・要介護2		863円/日		947円/日
・要介護3		928円/日		1,014円/日
・要介護4		985円/日		1,072円/日
・要介護5		1,040円/日		1,125円/日

#### ◇その他加算費用 (介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額)

*初期加算 (I)	60円/日 (入所後30日間)
*初期加算 (II)	30円/日 (入所後30日間)
*外泊時費用	362円/日 (1月に6日を限度)
*夜勤職員配置加算	24円/日
*サービス提供体制強化加算 (I)	22円/日
*サービス提供体制強化加算 (II)	18円/日
*サービス提供体制強化加算 (III)	6円/日
*短期集中リハビリテーション加算 (I)	258円/日 (入所後3ヶ月以内)
*短期集中リハビリテーション加算 (II)	200円/日 (入所後3ヶ月以内)
*認知症短期集中リハビリテーション加算 (I)	240円/日 (入所後3ヶ月以内・週3日)
*認知症短期集中リハビリテーション加算 (II)	120円/日 (入所後3ヶ月以内・週3日)
*認知症ケア加算	76円/日
*認知症専門ケア加算 (I)	3円/日
*認知症専門ケア加算 (II)	4円/日
*認知症チームケア推進加算 (I)	150円/月
*認知症チームケア推進加算 (II)	120円/月
*若年性認知症入所者受入加算	120円/日
*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/月
*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/月
*科学的介護推進体制加算 (I)	40円/月
*科学的介護推進体制加算 (II)	60円/月
*安全対策体制加算	20円/回 (入所時1回)
*入所前後訪問指導加算 (I)	450円/回
*入所前後訪問指導加算 (II)	480円/回
*試行的退所時指導加算	400円/回
*退所時情報提供加算 (I)	500円/回
*退所時情報提供加算 (II)	250円/回
*退所時栄養情報連携加算	70円/月

*入退所前連携加算 (I)	600円/回
*入退所前連携加算 (II)	400円/回
*訪問看護指示加算	300円/回
*経口移行加算	28円/日
*経口維持加算 (I)	400円/月
*経口維持加算 (II)	100円/月
*再入所時栄養連携加算	200円/回
*栄養マネジメント強化加算	11円/日
*口腔衛生管理加算 (I)	90円/月
*口腔衛生管理加算 (II)	110円/月
*療養食加算	6円/食
*緊急時治療管理	518円/日 (連続する3日間)
*認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円/日 (入所後7日間)
*在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) (II)	51円/日
*所定疾患施設療養費 (I)	239円/日 (連続する7日間)
*所定疾患施設療養費 (II)	480円/日 (連続する10日間)
*排せつ支援加算 (I)	10円/月
*排せつ支援加算 (II)	15円/月
*排せつ支援加算 (III)	20円/月
*褥瘡マネジメント加算(I)	3円/月
*褥瘡マネジメント加算(II)	13円/月
*自立支援促進加算	300円/月
*かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ	140円/回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) ロ	70円/回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II)	240円/回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算 (III)	100円/回
*協力医療機関連携加算 (I)	100円/月 (令和6年度)
*協力医療機関連携加算 (I)	50円/月 (令和7年度～)
*協力医療機関連携加算 (II)	5円/月
*生産性向上推進体制加算 (I)	100円/月
*生産性向上推進体制加算 (II)	10円/月
*高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10円/月
*高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	5円/月
*新興感染症等施設療養費	240円/月 (1月に5日を限度)
*ターミナルケア加算	1, 900円/日 (死亡日)
*ターミナルケア加算	910円/日 (死亡日以前2～3日)
*ターミナルケア加算	160円/日 (死亡日以前4～30日)
*ターミナルケア加算	72円/日 (死亡日以前31～45日)
*介護職員処遇改善加算 (II)	(基本料金+加算料金) × 7.1% / 月

## 2 その他の料金

- ① 食費／1日 1,870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

- ・従来型個室 550円
- ・多床室 510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②「居住費」において、国が定める負担限度額段階(第1段階から第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 特別な室料／1日 個室 2,670円

個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 日用品費／1日 260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 200円

レクリエーション等で使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフトなどの費用であり、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 500円～2,500円程度

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 (その都度実費をいただきます。)

当施設において実施される予防接種に係る費用で、接種を希望された場合にお支払いいただきます。

※その他、利用者又は家族の希望に応じて、別途サービスを提供する場合は、その同意のもとに、精算を明らかにして実費相当を負担していただくこととします。

B 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の場合の利用者負担額

1 介護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支援及び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。なお介護保険負担割合が2割の方につきましては2倍、3割の方は3倍の金額となります。）

・要介護1	個室	819円/日	多床室	902円/日
・要介護2		893円/日		979円/日
・要介護3		958円/日		1,044円/日
・要介護4		1,017円/日		1,102円/日
・要介護5		1,074円/日		1,161円/日
・要支援1		632円/日		672円/日
・要支援2		778円/日		834円/日

◇その他加算費用（介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額）

\*入所時および退所時に送迎を行った場合には、それぞれ片道184円加算されます。

*夜勤職員配置加算	24円/日
*サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円/日
*サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/日
*サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/日
*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）	51円/日
*個別リハビリテーション実施加算	240円/日
*総合医学管理加算	275円/日（利用中10日を限度）
*療養食加算	8円/食
*認知症ケア加算（要介護）	76円/日
*認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円/日
*認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円/日
*若年性認知症利用者受入加算	120円/日
*緊急時治療管理	518円/日（連続する3日間）
*認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円/日（7日を上限）
*緊急短期入所受入対応加算（要介護）	90円/日
	（7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）
*重度療養管理加算（要介護）	120円/日
*口腔連携強化加算	50円/回（1月に1回を限度）
*生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円/月
*生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円/月
*介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	（基本料金＋加算料金）×7.1%/月

## 2 その他の料金

- ① 食費 朝食 490 円・昼食 690 円・夕食 690 円 (1,870 円／1 日)  
(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 滞在費 (療養室の利用費) / 1 日

- ・従来型個室 550 円
- ・多床室 510 円

(ただし、滞在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滞在費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく滞在費の上限となります。)

\* 上記①「食費」及び②「滞在費」において、国が定める負担限度額段階 (第 1 段階から第 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 特別な室料 / 1 日 個室 2,670 円

個室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

- ④ 日用品費 / 1 日 260 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 200 円

レクリエーション等を使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフトなどの費用であり、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 500 円～2,500 円程度

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

※その他、利用者又は家族の希望に応じて、別途サービスを提供する場合は、その同意のもとに、精算を明らかにして実費相当を負担していただくこととします。

C 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の場合の利用者負担額

1 介護保険給付の自己負担額

◇サービス利用費

（介護保険制度では、要介護認定による要支援及び要介護の程度によって、利用料が異なります。なお介護保険負担割合が2割の方につきましては2倍、3割の方は3倍の金額となります。）

〔6時間以上7時間未満〕 大規模型（一定の要件を満たした事業所）

・要介護1	715円/日
・要介護2	850円/日
・要介護3	981円/日
・要介護4	1,137円/日
・要介護5	1,290円/日
・要支援1	2,268円/月
・要支援2	4,228円/月

◇その他加算費用（介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額）

【通所リハビリテーション（要介護）】

*サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円/日
*サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/日
*サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/日
*入浴介助加算（Ⅰ）	40円/日
*入浴介助加算（Ⅱ）	60円/日
*リハビリテーションマネジメント加算	
1（イ） 同意日の属する月から6ヶ月以内	560円/月
同意日の属する月から6ヶ月超	240円/月
2（ロ） 同意日の属する月から6ヶ月以内	593円/月
同意日の属する月から6ヶ月超	273円/月
3（ハ） 同意日の属する月から6ヶ月以内	793円/月
同意日の属する月から6ヶ月超	473円/月
*リハビリテーションマネジメント加算4	270円/月
（医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合、リハビリテーションマネジメント加算1～3に加える）	
*リハビリテーション提供体制加算（6時間以上7時間未満）	24円/回
*短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日
（退院（所）日又は新たに要介護認定の効力が発生した日から起算して3ヶ月以内、週2回以上）	
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240円/日
（週2日を限度）	
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920円/月

*生活行為向上リハビリテーション実施加算	1, 250円/月 (開始月から6ヶ月以内)
*若年性認知症利用者受入加算	60円/日
*栄養アセスメント加算	50円/月
*栄養改善加算(月2回まで)	200円/回
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)	20円/回
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回を限度)	5円/回
*口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回まで)	150円/回
*口腔機能向上加算(Ⅱ)1(月2回まで)	155円/回
*口腔機能向上加算(Ⅱ)2(月2回まで)	160円/回
*重度療養管理加算	100円/日
*中重度者ケア体制加算	20円/日
*科学的介護推進体制加算	40円/月
*理学療法士等体制強化加算	30円/日
*退院時共同指導加算	600円/回
*移行支援加算	12円/日
*介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×8.6%/月

#### 【介護予防通所リハビリテーション(要支援)】

*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1	88円/月
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2	176円/月
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1	72円/月
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	144円/月
*サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	24円/月
*サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	48円/月
*栄養アセスメント加算	50円/月
*栄養改善加算	200円/月
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)	20円/回
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回を限度)	5円/回
*口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/月
*口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/月
*若年性認知症利用者受入加算	240円/月
*科学的介護推進体制加算	40円/月
*一体的サービス提供加算	480円/月
*退院時共同指導加算	600円/回
*生活行為向上リハビリテーション実施加算	562円/月 (開始月から6ヶ月以内)
*介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×8.6%/月



## 2 その他の料金

- ① 食費／昼食（おやつ代含む） 690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。
- ② 日用品費／1日 150円  
石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、フェイ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。
- ③ 教養娯楽費／1日 100円  
レクリエーション等で使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフトなどの費用であり、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。
- ④ おむつ代 50円～150円  
利用者の身体の状況により、パット・おむつ等の利用が必要な場合に、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 理美容代 1,000円～7,000円程度  
理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

※その他、利用者又は家族の希望に応じて、別途サービスを提供する場合は、その同意のもとに、精算を明らかにして実費相当を負担していただくこととします。

## D 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）の場合の利用者負担額

### 1 介護保険給付の自己負担額

#### ◇サービス利用費

（介護保険負担割合が2割の方につきましては2倍、3割の方は3倍の金額となります。）

・訪問リハビリテーション費（要介護）	308円/回
・介護予防訪問リハビリテーション費（要支援）	298円/回

#### ◇その他加算費用（介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額）

*サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6円/回
*サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3円/回
*短期集中リハビリテーション実施加算 （退院（所）日又は、新たに要介護認定の効力が生じた日から起算して3ヶ月以内 週2日以上）	200円/日
*認知症短期集中リハビリテーション加算（要介護） （退院（所）日又は、訪問開始日から起算して3ヶ月以内、週2日を限度）	240円/月
*リハビリテーションマネジメント加算（要介護）1（イ）	180円/月
*リハビリテーションマネジメント加算（要介護）2（ロ）	213円/月
*リハビリテーションマネジメント加算（要介護）3 （医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合、上記1・2に加える）	270円/月
*移行支援加算（要介護）	17円/日
*退所時共同指導加算	600円/回
*口腔連携強化加算	50円/回

### 2 その他の料金

通常の事業の実施地域（いすみ市、勝浦市、大多喜町、一宮町）を越えてサービスを行う場合は、実施地域を越える地点から、自宅までの交通費の実費を頂きます。  
なお自動車を利用した場合は、通常の実施地域を越えて1kmにつき50円を頂きます。

※その他、利用者又は家族の希望に応じて、別途サービスを提供する場合は、その同意のもとに、精算を明らかにして実費相当を負担していただくこととします。

《別添資料 1》

## 「国が定める利用者負担限度額段階（第 1～第 3 段階）」 に該当する利用者等の負担額（通所・訪問リハ除く）

- 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となります。（「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、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

### 【利用者負担 第 2 段階】

世帯全員（世帯分離をしている配偶者を含む）が市町村民税非課税で、本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計が年額 80 万円以下であり、かつ預貯金の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下の方

### 【利用者負担 第 3 段階①】

世帯全員（世帯分離をしている配偶者を含む）が市町村民税非課税で、本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計が年額 80 万円超 120 万円以下であり、かつ預貯金の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下の方

### 【利用者負担 第 3 段階②】

世帯全員（世帯分離をしている配偶者を含む）が市町村民税非課税で、本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計が年額 120 万円超であり、かつ預貯金の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下の方

### 【利用者負担 第 4 段階】

上記以外の方

- ※ 年金収入額には、老齢年金などの課税年金だけではなく、非課税年金（遺族年金、障害年金）も含まれます。
- ※ その他の合計所得金額は、譲渡所得に係る特別控除を除きます。
- ※ 令和 3 年度より、その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から、10 万円を控除した金額が用いられます。
- ※ 65 歳未満の方は、収入等に関係なく、預貯金の合計は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下の方が対象となります。

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	多床室
			従来型個室	
利用者負担第1段階	300	880	550	0
利用者負担第2段階	390 (600)			430
利用者負担第3段階① " 第3段階②	650 (1,000) 1,360 (1,300)	1,370	1,370	
利用者負担第4段階	負 担 限 度 額 な し			

※ 短期入所サービスを利用した場合、食費の負担限度額は（ ）内の金額となります

# 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

西暦 年 月 日

介護老人保健施設エスポワール大原  
理事長 作田 美緒子 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 自宅：  
携帯：  
氏 名  
利用者との関係（

印

）

<連帯保証人>

住 所  
電話番号 自宅：  
携帯：  
氏 名  
利用者との関係（

印

）

介護老人保健施設のサービス「入所、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）、訪問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、介護老人保健施設エスポワール大原利用約款に基づき、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連帯保証人と共に誓約します。

## 記

1. 介護老人保健施設エスポワール大原の諸規程を守り、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、介護老人保健施設エスポワール大原に対し一切迷惑をかけません。

以上