

# 利用者負担説明書（重要事項）

介護医療院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）の給付にかかる保険者の定める負担割合（通常1割、所得状況に応じて2割又は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理美容代、診断書等の文書作成費等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

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。

## 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度によって利用料が異なります。  
以下は負担割合1割の方の1日あたりの自己負担分です。

<多床室>		<従来型個室>	
要介護1	821円	要介護1	711円
要介護2	930円	要介護2	820円
要介護3	1,165円	要介護3	1,055円
要介護4	1,264円	要介護4	1,155円
要介護5	1,355円	要介護5	1,245円

上記金額に加え対象者には下記の項目が加算されます。

- ・夜間勤務等看護加算 (IV) 7円/日
- ・初期加算 30円/日  
※入所後30日間に限る
- ・療養食加算 6円/1食
- ・経口維持加算 (I) (誤嚥が認められる者) 400円/月
- ・経口移行加算 (180日間) 28円/日
- ・サービス提供体制強化加算 (I) 22円/日
- ・協力医療機関連携加算 50円/月
- ・外泊時費用 (月6日限度) 362円/日
- ・外泊時の在宅サービス利用費 (月6日限度) 800円/日
- ・他医療機関受診時費用 (月4日限度) 362円/日
- ・介護職員処遇改善加算 (I)  
介護職員等特定処遇改善加算を除く算定単位数の2.6%
- ・介護職員等特定処遇改善加算 (I)  
介護職員処遇改善加算を除く算定単位数の1.5%

### 【特別診療費】

- ・感染対策指導管理 6円/日
- ・褥瘡対策指導管理 (I) 6円/日
- ・理学療法 (I) 123円/回
- ・理学療法リハビリ体制強化加算 35円/実施日
- ・作業療法 123円/回
- ・作業療法リハビリ体制強化加算 35円/実施日
- ・摂食機能療法 208単位/実施日
- ・短期集中リハビリテーション 240単位/実施日  
※入所後90日間に限る

## 2 利用料

- ・食費

1日 1,800円

- ・居住費（療養室の利用費）（1日あたり）

多床室 437円 従来型個室 1,728円

\*上記「食費」及び「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。

- ・入所者が選定する特別な療養室料（1日あたり）

個室 800～3,800円＋消費税

（個室をご利用される場合にお支払いいただきます。外泊時にも室料をいただくこととなります。）

使用料	部屋番号
4180円	2E-11
1430円	2B-5 2B-6
880円	2E-1 2E-2 2E-3 2E-5 2E-6 2E-7 2E-8 2E-10 2B-1 2B-2 2B-3 2A-1 2A-2 2A-3 2A-5 2A-6

- ・理美容代（1回あたり）

1700円

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

- ・電気器具持込み使用料（1器具1日あたり）

50円＋消費税

- ・文書作成料（健康診断書及び各種証明書類の作成を希望された場合）作成に要した費用の実費をお支払いいただきます。

- ・ケアサポートセット使用料（1日あたり）

業者指定料金

施設内感染予防のため、入所中に使用するタオル、バスタオル、おしぼり、日常着、寝間着等は指定のレンタル品のご利用をお願いしております。ケアサポートセットには歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、ティッシュ等の消耗品も付属していますので、入所時にご持参頂くものが少量で済みます。なお使用料については指定業者との直接契約にてのお支払いとなります。

- ・その他の費用（健康診断料等）

これらのサービスの他、利用者の方から別に利用料金をいただく場合があります。具体的にはご相談ください。

## 「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医療院が判断・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、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】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方
  - 【利用者負担第3段階①】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円超120万円以下の方
  - 【利用者負担第3段階②】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が120万円超の方
- 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	室料	
		従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	550	0
利用者負担第2段階	390		430
利用者負担第3段階①	650	1,370	
利用者負担第3段階②	1,360		

## 介護医療院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

福山回生病院介護医療院  
院長 村上 仁 殿

< 利用者 >

住 所  
電話番号

氏 名

印

< 扶養者 >

住 所  
電話番号

氏 名

印

利用者との関係 (

)

< 連帯保証人 >

住 所  
電話番号

氏 名

印

利用者との関係 (

)

- ・連帯保証人は独立した生計を営む方で同居以外の方でお願いします。
- ・扶養者と連帯保証人は別々の方でお願いします。

介護医療院のサービスを利用するにあたり、福山回生病院介護医療院利用約款に基づき、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、介護医療院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. 福山回生病院介護医療院の諸規程を守り、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、福山回生病院介護医療院に対し一切迷惑をかけません。
- 以上