

利 用 者 負 担 説 明 書

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）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自己負担分（1割～3割）と保険給付対象外の費用（食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用等）を利用料としてお支払い頂く2種類があります。

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（認知症ケア加算）等で異なりますし、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。

法定代理受領サービスに該当しない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）に係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書（内容、費用の額、その他必要事項を記載）を利用者に交付します。

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）は、在宅サービスであり、原則的に利用に際しては、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ないので注意が必要です。また、個別リハビリテーションや入浴といった加算対象のサービスも、ケアプラン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には、ケアプランに記載されているかをご確認ください。

通常規模型リハビリテーション費／日

| | 割合 | 介護度1 | 介護度2 | 介護度3 | 介護度4 | 介護度5 |
|------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 6時間以上7時間未満 | 1割 | 739円 | 878円 | 1,014円 | 1,175円 | 1,333円 |
| | 2割 | 1,477円 | 1,756円 | 2,027円 | 2,349円 | 2,665円 |
| | 3割 | 2,216円 | 2,634円 | 3,040円 | 3,524円 | 3,998円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1割 | 643円 | 763円 | 881円 | 1,020円 | 1,157円 |
| | 2割 | 1,285円 | 1,525円 | 1,761円 | 2,039円 | 2,314円 |
| | 3割 | 1,928円 | 2,287円 | 2,641円 | 3,059円 | 3,471円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1割 | 572円 | 664円 | 754円 | 872円 | 989円 |
| | 2割 | 1,143円 | 1,327円 | 1,508円 | 1,744円 | 1,977円 |
| | 3割 | 1,714円 | 1,990円 | 2,262円 | 2,616円 | 2,966円 |
| 3時間以上4時間未満 | 1割 | 502円 | 584円 | 665円 | 768円 | 870円 |
| | 2割 | 1,004円 | 1,168円 | 1,329円 | 1,535円 | 1,740円 |
| | 3割 | 1,506円 | 1,751円 | 1,993円 | 2,303円 | 2,610円 |

加算料金

| 加算名称 | 割合 | 自己負担額 | 回数 | 摘要 |
|--------------------------|----|--------|----|--|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 1割 | 42円 | ／日 | 入浴介助を行う ※自立支援のための見守り等も含む |
| | 2割 | 83円 | | |
| | 3割 | 124円 | | |
| リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 6ヶ月以内 | 1割 | 579円 | ／月 | 多職種が協働し、リハビリテーションの計画作成、提供、見直し等を行い、継続的にリハビリテーションの質を管理する |
| | 2割 | 1,157円 | | |
| | 3割 | 1,736円 | | |
| リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 6ヶ月超 | 1割 | 248円 | ／月 | |
| | 2割 | 496円 | | |
| | 3割 | 744円 | | |
| 短期集中個別リハビリテーション加算 | 1割 | 114円 | ／日 | 退院（所）日又は認定日から3ヶ月以内に、集中的な個別リハビリテーションを行う |
| | 2割 | 228円 | | |
| | 3割 | 341円 | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ） | 1割 | 248円 | ／日 | 退院（所）日又は通所開始日から3ヶ月以内に、認知症の方に対し、個別にリハビリテーションを行う |
| | 2割 | 496円 | | |
| | 3割 | 744円 | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ） | 1割 | 1,984円 | ／月 | ※Ⅱに関しては居宅を訪問し社会適応能力等を評価する |
| | 2割 | 3,967円 | | |
| | 3割 | 5,950円 | | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1割 | 62円 | ／日 | 若年性認知症の方を受け入れ、担当者を中心に特性に応じたサービスを行う |
| | 2割 | 124円 | | |
| | 3割 | 186円 | | |
| 重度療養管理加算 | 1割 | 104円 | ／日 | 褥瘡や経鼻胃管、胃瘻等の状態にある要介護3～5の方に対して、計画的な医学的管理を継続して行う |
| | 2割 | 207円 | | |
| | 3割 | 310円 | | |

| | | | | |
|-----------------|-------------------------|------|----|--|
| 中重度ケア体制加算 | 1割 | 21円 | ／日 | 基準に適合している事業所が、中重度の要介護者を受入れる体制を構築している場合に加算されます |
| | 2割 | 42円 | | |
| | 3割 | 62円 | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 1割 | 42円 | ／月 | 利用者ごとの心身の状態に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している |
| | 2割 | 83円 | | |
| | 3割 | 124円 | | |
| サービス提供体制強化加算（I） | 1割 | 23円 | ／日 | 介護職員のうち介護福祉士を70%以上配置している、または、勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している |
| | 2割 | 46円 | | |
| | 3割 | 69円 | | |
| 介護職員等処遇改善加算（IV） | 総単位数に5.3%を乗じて得た額の自己負担割合 | | ／月 | 介護職員等の処遇を改善するために加算される |

* 月額は端数処理のため、差異が生じます。

利用料（介護給付費以外サービス費）

| 項目 | 金額 | | 回数 |
|-----------|-------------------------------------|----------------|----|
| 食費 | 482円 | | ／日 |
| おやつ代（非課税） | 120円 | | ／日 |
| オムツ代 | パンツ式 160円 紙オムツ 120円 ケアパット 32円 | | ／回 |
| 文書作成料 | 実費 | 診断書等の文書発行に係る費用 | ／回 |
| 行事費 | 実費 | 行事に参加された場合の費用 | ／回 |

* 利用料請求は、通常、月末にて確定し、翌月5日までに請求書を発送させて頂きます。翌月の15日までにお支払い下さい。お支払い方法は銀行振込か窓口払いとなります。窓口払いの場合は、平日月曜日から金曜日は9時から16時30分まで、土曜日は9時から11時30分までにお越しください。

介護予防通所リハビリテーション費／月

| | 割合 | 要支援1 | | 要支援2 | |
|------------------|----|--------|--------|---------|---------|
| | | 1～12ヶ月 | 12ヶ月超 | 1～12ヶ月 | 12ヶ月超 |
| 介護予防通所リハビリテーション費 | 1割 | 2,343円 | 2,219円 | 4,368円 | 4,120円 |
| | 2割 | 4,686円 | 4,438円 | 8,735円 | 8,240円 |
| | 3割 | 7,029円 | 6,657円 | 13,103円 | 12,359円 |

加算料金

| 加算名称 | 割合 | 自己負担額 | 回数 | 摘要 |
|---------------------------|-------------------------|-------|----|--|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1割 | 248円 | ／月 | 若年性認知症の方を受け入れ、担当者を中心に特性に応じたサービスを行う |
| | 2割 | 496円 | | |
| | 3割 | 744円 | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 1割 | 42円 | ／月 | 利用者ごとの心身の状態に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している |
| | 2割 | 83円 | | |
| | 3割 | 124円 | | |
| サービス提供体制強化加算（I） 【要支援1】 | 1割 | 91円 | ／月 | 介護職員のうち介護福祉士を70%以上配置している、または、勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している |
| | 2割 | 182円 | | |
| | 3割 | 273円 | | |
| サービス提供体制強化加算（I） 【要支援2】 | 1割 | 182円 | ／月 | 介護職員のうち介護福祉士を70%以上配置している、または、勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している |
| | 2割 | 364円 | | |
| | 3割 | 546円 | | |
| 介護職員等処遇改善加算（IV） | 総単位数に5.3%を乗じて得た額の自己負担割合 | | ／月 | 介護職員等の処遇を改善するために加算される |

* 月額は端数処理のため、差異が生じます。

利用料（介護給付費以外サービス費）

| 項目 | 金額 | | 回数 |
|-----------|-------------------------------------|----------------|----|
| 食費 | 482円 | | ／日 |
| おやつ代（非課税） | 120円 | | ／日 |
| オムツ代 | パンツ式 160円 紙オムツ 120円 ケアパット 32円 | | ／回 |
| 文書作成料 | 実費 | 診断書等の文書発行に係る費用 | ／回 |
| 行事費 | 実費 | 行事に参加された場合の費用 | ／回 |

* 利用料請求は、通常、月末にて確定し、翌月5日までに請求書を発送させて頂きます。翌月の15日までにお支払い下さい。お支払い方法は銀行振込か窓口払いとなります。窓口払いの場合は、平日月曜日から金曜日は9時から16時30分まで、土曜日は9時から11時30分までにお越しください。

介護老人保健施設希望
管理者 宗和将志

介護老人保健施設希望のサービス提供に伴う 利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設希望の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）サービスを利用するにあたり、この利用者負担に関し、担当者より説明を受け、介護老人保健施設希望のサービスを利用した場合に、この対価として施設の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

＜利用者＞

氏 名

＜身元引受人＞

氏 名

* 利用者等の署名・押印については電子メール等により同意を頂くことで代替することができます。（利用者負担説明書は電磁的方法により交付致します）