

重要事項（利用者負担）説明書

1 ご負担いただく利用料の区分

- ① 通所リハ`リ`ーション費（介護予防通所リハ`リ`ーション費）・各種加算（法定額）の1割、また一定以上所得のある方は2～3割負担（負担割合証による）
※なお、地域区分別単位の単価（7級地 1単位＝10.17円）にて表記してあります。
- ② 保険給付対象外の食費等の費用額

2 介護保険法に定める利用者の負担額

《介護給付分》

(1) 通所リハ`リ`ーション費の額（1日当りの額）

要介護度 区分	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護 1	336	350	453	519	588	681	728
要介護 2	366	406	531	608	703	814	867
要介護 3	396	464	609	695	816	944	1,009
要介護 4	426	521	708	808	950	1,099	1,176
要介護 5	457	578	806	920	1,083	1,251	1,339

(2) 各種加算と額

（いずれも「通所リハ`リ`ーション」計画上、サービスの提供が位置づけられていることが要件となります。）

(a) 入浴介助	50 円/日	利用日に入浴された場合
リハ`リ`ーション`メ`ト加算（Ⅰ）	335 円/月	月に4回以上通所リハ`リ`ーションを行なっている場合
リハ`リ`ーション`メ`ト加算（Ⅱ） ・開始月から6ヶ月以内	864 円/月	利用者の通所リハ`リ`ーションに際し、状況等を医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅介護支援専門員等と共有し計画を策定し、利用者の状態の変化に応じ、定期的に会議を開催し計画を見直している場合
リハ`リ`ーション`メ`ト加算（Ⅲ） ・開始月から6ヶ月超	539 円/月	
(b) 短期集中個別リハ`リ`ーション実施加算	1,139 円/月 813 円/月	退院（所）日または認定日から起算して3ヶ月以内の期間に集中的に身体機能の回復を目的としたリハ`リ`ーションを行なった場合
(c) 認知症短期集中リハ`リ`ーション実施加算（Ⅰ）	244 円/日	認知症の方に、リハ`リ`ーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、集中リハ`リ`ーションを個々に行なった場合 退院（所）日または通所開始日から起算して3ヶ月以内、週2日を限度
認知症短期集中リハ`リ`ーション実施加算（Ⅱ）	1,952 円/月	退院（所）日の翌日の属する月又は開始日から起算して3ヶ月以内、月4回以上実施 リハ`リ`ーション`メ`ト加算（Ⅱ）を算定している事
(e) 生活行為向上リハ`リ`ーション実施加算 ・開始月から3ヶ月	2,034 円/月	居宅などの実際の生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハ`リ`ーションを個々に行なった場合
・開始月から3ヶ月超6ヶ月	1,017 円/月	
(f) 若年性認知症利用者受入加算	61 円/日	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を選定している事
(g) 栄養改善加算	152 円/回	個別的に栄養ケア計画を作成・実施し、定期的な評価と見直しなどを行なった場合 月2回を限度原則3ヶ月以内
(h) 口腔機能向上加算	152 円/回	個別的に口腔機能改善計画を作成・実施（口腔清掃、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導等）し、定期的な評価と見直しなどを行なった場合 月2回を限度原則3ヶ月以内
(i) 重度療養管理加算	101 円/回	厚生労働大臣が定める状態（要介護3以上）であるものに対し、医学的管理のもと通所リハ`リ`ーションを行なった場合
(j) 送迎減算	-47 円/回	送迎を行わなかった場合（片道につき）
(k) サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	18 円/回	介護職員総数のうち介護福祉士50%以上
(l) リハビリテーション提供体制加算	12 円/回 16 円/回 20 円/回 24 円/回 28 円/回	3時間以上4時間未満 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上 常時配置されているPT/OT/STの合計数が、利用者数25又はその端数を増すごとに1以上配置
(m) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	毎月	(a)から(k)までにより算定した単位×47/1000
(n) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	毎月	(a)から(k)までにより算定した単位×20/1000

《 予防給付分》

(1) 介護予防通所リハビリテーション費の額（1日当りの額）

区 分	自己負担額	備 考
要支援 1	1,750 円/月	<ul style="list-style-type: none"> 入浴、送迎費は包括されています 各種加算は別途になります
要支援 2	3,695 円/月	

(2) 各種加算と額

(いずれも「通所リハビリテーション」計画上、サービスの提供が位置づけられていることが要件となります。)

(a) リハビリテーション マネジメント加算	335 円/月	理学・作業療法士又は言語聴覚士が介護支援専門員を通じ、介護職員に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達した場合
(b) 運動器機能向上加算	228 円/月	運動器の機能向上に係る個別の計画を作成・実施し定期的な評価と計画の見直しなどを行なった場合
(c) 栄養改善加算	152 円/月	低栄養にある又はそのおそれがある利用者に対し、個別の栄養ケア計画を作成・実施し、定期的な評価と計画の見直しなどを行なった場合
(d) 口腔機能向上加算	152 円/月	口腔機能の低下している又はそのおそれがある利用者に対し、個別の口腔機能改善計画を作成・実施（口腔清掃、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導等）し、定期的な評価と計画の見直しなどを行なった場合
(註) 上記(b)(c)(d)は 選択的サービスになります	488 円/月	(b)～(d)のうち2種類の組合せ
	711 円/月	(b)～(d)すべて
生活行為向上リハビリ実施加算 (e) ・開始月から3ヶ月 ----- ・開始月から3ヶ月超6ヶ月	915 円/月	居宅などの実際の生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリを個々に行った場合
	457 円/月	
(f) 若年性認知症利用者受入加算	244 円/月	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている場合
(g) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1 73 円/月 要支援2 146 円/月	介護職員総数のうち介護福祉士50%以上
(h) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	毎月	(a)から(g)までにより算定した単位×47/1000
(h) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	毎月	(a)から(g)までにより算定した単位×20/1000

3 保険給付対象外の利用者の費用額

(a) 食費（食材費含む）	520 円/昼食	
(b) 理美容代	実 費	
(c) おむつ代	実 費	
(d) 行事費	実 費	小旅行や観劇、料理教室等の行事に参加された場合

4 支払い方法

お支払（問合）期間	毎月15日から翌月14日 月曜から土曜日（祝日も可） 9時～17時 <ul style="list-style-type: none"> ご利用料金の計算は、月末締めで翌月15日に確定いたします。施設側からは原則、ご家族様への請求書を送付いたしておりません。
お支払（問合）場所	事務所窓口 <ul style="list-style-type: none"> 毎月15日以降に、事務所窓口にてお支払いをお願いいたします。 事前のご請求額のお問い合わせも同様をお願いいたします。（お電話でのお問い合わせも可能です。） また、直接のお支払いが困難な方につきましては、銀行（阿波銀行に限る）からの引落・振込にも対応いたしますので、事前にご相談くださいようお願いいたします。