

重要事項説明書〔別紙〕

通所リハビリテーション（居宅サービス）

【表 1】 (2) サービス利用料金

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記のサービス費の1割または2割もしくは3割を別途交付される負担割合証に応じて自己負担額としてお支払いしていただく事になります。ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。尚、食費は保険給付対象外となります。

(単位：円)

要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
サービス費	6～7 時間	7,150	8,500	9,810	11,370	12,900	
	5～6 時間	6,220	7,380	8,520	9,870	11,200	
	4～5 時間	5,530	6,420	7,300	8,440	9,570	
	3～4 時間	4,860	5,650	6,420	7,430	8,420	
	2～3 時間	3,830	4,390	4,980	5,550	6,120	
	1～2 時間	3,690	3,980	4,290	4,580	4,910	
自己負担額	1 割負担	6～7 時間	715	850	981	1,137	1,290
		5～6 時間	622	738	852	987	1,120
		4～5 時間	553	642	730	844	957
		3～4 時間	486	565	643	743	842
		2～3 時間	383	439	498	555	612
		1～2 時間	369	398	429	458	491
	2 割負担	6～7 時間	1,430	1,700	1,962	2,274	2,580
		5～6 時間	1,244	1,476	1,704	1,974	2,240
		4～5 時間	1,106	1,284	1,460	1,688	1,914
		3～4 時間	972	1,130	1,286	1,486	1,684
		2～3 時間	766	878	996	1,110	1,224
		1～2 時間	738	796	858	916	982

※追加算定項目

(単位：円)

入浴介助加算 (I)	40/日	入浴介助加算 (II)	60/日
リハビリマネジメント加算ロ	593/月(6ヶ月以内) 273/月(6ヶ月超)	リハビリマネジメント加算ハ	793/月(6ヶ月以内) 473/月(6ヶ月超)
事業所の医師が利用者等に説明し、 利用者の同意を得た場合	270/月	中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	所定単位数の100分の5に相当する 単位数を加算
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	110/回 退院日・認定日から3ヶ月以内	生活行為向上リハビリテーション 実施加算	1,250/月(開始日～6ヶ月以内)
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(I)	240/回 (週に2日を限度) 退院日・認定日から3ヶ月以内	認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(II)	1,920/月(月に4回以上リハビリを 実施している場合)
栄養アセスメント加算	50/月	栄養改善加算	200/回 (月2回限度) 開始後3ヶ月以内
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20/6月に1回	口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5/6月に1回
口腔機能向上加算 (I)	150/回 (月2回まで) 開始後3ヶ月以内	口腔機能向上加算 (II) イ	155/回 (月2回まで) 開始後3ヶ月以内
口腔機能向上加算 (II) ロ	160/回 (月2回限度) 開始後3ヶ月以内	重度療養管理加算	100/日
中重度者ケア体制加算	20/日	科学的介護推進体制加算	40/月
送迎減算	-47 片道につき	退院時共同指導加算	600/回 (退院時1回を限度)
サービス提供体制強化加算 (I)	22/回	サービス提供体制強化加算 (II)	18/回

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	単位合計の 1000 分の 86	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	単位合計の 1000 分の 83
理学療法士等体制強化加算	30/日 (1 時間以上 2 時間未満に算定)	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/回
リハビリテーション提供体制加算 (5 時間以上 6 時間未満)	20/回	リハビリテーション提供体制加算 (4 時間以上 5 時間未満)	16/回
リハビリテーション提供体制加算 (3 時間以上 4 時間未満)	12/回		

【表 2】 (3) その他の介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。(課税対象分は税金を含む) (単位:円)

種 類	内 容	利用料金
食 費	食材料費及び調理に係る費用(R3年8月1日から変更)	昼食 522/日
お や つ 代	個別におやつをご希望される場合	100/日
日 用 品 費	日常生活に応じて提供する日用品に要する費用	220/日
教養娯楽費	クラブ活動等に参加された利用者に負担をお願いする実費相当額の費用 (クラブ活動の追加・変更等により金額の変更あり)	コーヒー 50/杯 その他 実費
オ ム ツ 代	施設所有のオムツを使用した場合の費用	フラット 39/枚 尿取り 42/枚 紙パンツ 88/枚 テープ止め 117/枚
そ の 他		実費