

利用者負担説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護予防の給付にかかる通常 1 割／2 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療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、要介護認定の申請代行費等）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、介護保険及び介護予防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）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。介護予防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。

介護保険給付にかかる「1. 利用者負担」は、厚生労働大臣が定める金額であり、これが改定された場合や新たな加算等を算定・変更する場合は、これら利用者負担も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい利用者負担を書面にてお知らせいたします。「2. 利用料」についても同様とします。

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いて種々のサービスを受ける居宅サービス及び介護予防のサービスがありますが、それぞれ利用方法が異なります。

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、介護予防通所リハビリテーションは、原則的に利用に際しては、介護予防サービス計画（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、加算対象のサービスも、介護予防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、介護予防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。

各サービス計画は、地域包括支援センター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。

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 介護予防通所リハビリテーションの保険給付にかかる自己負担額（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月あたりの自己負担分です。）

* 国家公務員の地域手当等に準じて、地域加算の対象地域（飯能市：6級地）として保険給付1単位あたり10,333円の単価計算となります。

* ☒印につきましては、基本料金に加算される対象となります。

	1割	2割	3割
☒ ・要支援1	2,343円	4,686円	7,029円
☒ ・要支援2	4,368円	8,735円	13,103円

- ☒ 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合。

☒・要支援1 所定単位数から1月につき120単位を減算

☒・要支援2 所定単位数から1月につき240単位を減算

※ 以下の要件を満たした場合は減算されません。

3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、構成員と利用者の状況等の情報を共有し、利用者の状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直していること。利用者ごとのリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

- ☐ 高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待や再発防止のために、対策が講じられていない場合に所定単位数の100分の1単位減算されます。

- ☐ 業務継続計画未策定減算

運営基準において策定が義務付けられている業務継続計画（BCP）を策定していない場合に所定単位数の100分の1単位減算されます。

- ☐ 定員超過・職員欠如減算

1月の平均利用人数が利用定員数を超える場合、厚生労働大臣が定める職員の人員基準が欠如した場合、1日につき所定単位数の70/100（1割負担）・40/100（2割負担）・10/100（3割負担）を算定します。

- ☐ 通常の事業の実施地域（飯能市・入間市・狭山市・日高市・青梅市）を越えて、介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5（1割負担）/100分の10（2割負担）/100分の15（3割負担）に相当する単位数を所定単位数に加算します。

- ☒ 生活行為向上リハビリテーション実施加算

起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の改善について焦点を当てたリハビリテーションを提供した場合下記の算定要件（①②③④）のもと加算されます。

（1月につき：1割負担581円 2割負担1,161円 3割負担1,742円）

- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されている場合。
- ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、

リハビリテーションを提供する場合。

- ③ 計画で定めたリハビリテーションの実施期間中に通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し目標の達成状況を報告する場合。
- ④ リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合。
- ⑤ 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施している場合。

※ 事業所評価加算を算定している場合においては算定しません。

※ 上記加算を算定し、当該加算を算定するために作成したリハビリテーション実施計画書で定めた介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月以降に、介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該翌月から6月間に限り利用料金の15%分を減算します。

☑ **若年性認知症利用者受入加算**

(1月につき：1割負担248円 2割負担496円 3割負担744円)

若年性認知症のご利用者に対し個別に担当者を定め、その担当者を中心にご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合加算されます。

☑ **退院時共同指導加算**

(1回に限り：1割負担620円 2割負担1,240円 3割負担1,860円)

病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回のサービス提供を行った場合加算されます。

☑ **栄養アセスメント加算**

(1回につき：1割負担52円 2割負担104円 3割負担155円)

ご利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

☑ **栄養改善加算 (1月につき：1割負担207円 2割負担414円 3割負担620円)**

低栄養状態にある又はそのおそれのあるご利用者に対し、管理栄養士等が、看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し必要に応じ居宅を訪問する等の一連のプロセスを実施した場合加算されます。

※ 1月に2回、原則3ヶ月間の加算に限りです。ただし、3ヶ月経過後も利用者の低栄養状態が改善せず、引き続きサービスが必要と認められる場合には引き続きサービスを提供します。

☑ **口腔・栄養 スクリーニング 加算(I)**

(1回につき：1割負担21円 2割負担42円 3割負担62円)

利用開始時及び利用中6月ごとにご利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供している場合に加算されます。

※ 栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可。

※ 6月に1回を限度。

☑ **口腔・栄養スクリーニング 加算(II)**

(1回につき：1割負担6円 2割負担11円 3割負担16円)

栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供している場合に加算されます。

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は、口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合に算定。

※6月に1回を限度。

☒ 口腔機能向上加算（Ⅰ）

（1回につき：1割負担155円 2割負担310円 3割負担465円）

口腔機能の低下しているご利用者、又はそのおそれのあるご利用者に対し、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等のプロセスを実施した場合加算されます。※月2回までの加算となります。

☒ 口腔機能向上加算（Ⅱ）

（1回につき：1割負担166円 2割負担331円 3割負担496円）

上記、口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※月2回までの加算となります。

☒ 一体的サービス提供加算

（1月につき：1割負担496円 2割負担992円 3割負担1,488円）

上記、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していて、いずれかのサービスを1月につき2回以上行っている場合算定されます。

※一体的サービス提供加算算定の場合、栄養改善加算、口腔機能向上加算は算定されません。

☐ 科学的介護推進体制加算

（1月につき：1割負担42円 2割負担83円 3割負担124円）

ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他、心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、上記の情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算されます。

☒ サービス提供体制強化加算

人的なサービス提供の向上に向け適宜、人材を確保している場合、1月につきそれぞれ下記の条件で料金が加算されます。

☒ 国家資格の介護福祉士が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置の場合

要支援1：1割負担 91円 2割負担182円 3割負担273円

要支援2：1割負担182円 2割負担364円 3割負担546円

☐ 国家資格の介護福祉士が50%以上配置の場合 1月につき

要支援1：1割負担 75円 2割負担149円 3割負担223円

要支援2：1割負担149円 2割負担298円 3割負担447円

☐ 国家資格の介護福祉士が40%以上、又は職員の勤続年数7年以上が30%以上配置の場合

要支援1：1割負担 25円 2割負担 50円 3割負担 75円

要支援2：1割負担 50円 2割負担 99円 3割負担149円

☒ 介護職員等処遇改善加算

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的として、国の定めた計算方式のもと、1月につき所定単位数に算定されます。

☒ (Ⅰ) 1月の合計介護報酬単位数に8.6%を乗じた1割/2割/3割の料金

☐ (Ⅱ) 1月の合計介護報酬単位数に8.3%を乗じた1割/2割/3割の料金

☐ (Ⅲ) 1月の合計介護報酬単位数に6.6%を乗じた1割/2割/3割の料金

☐ (Ⅳ) 1月の合計介護報酬単位数に5.3%を乗じた1割/2割/3割の料金

☐ (Ⅴ) 1月の合計介護報酬単位数に7.6～2.8%を乗じた1割/2割/3割の料金

2 利 用 料

- ① **食費** 800円 (内訳: 昼食 700円 / おやつ 100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 **日常消耗品費 / 1日** 100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
倶楽部やレクリエーションで使用する、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。〔但し2時間未満でのサービス提供に限っては、対象外として費用に含めません。〕
- ④ **理美容代** 男女を問わず 1回 1,500円
理美容を業者に依頼される場合にお支払いいただきます。支払いは直接業者に支払いとします。(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実施時間中に理美容のご利用はできません。)
- ⑤ **基本時間外施設利用料 / 1時間** (通所リハビリテーションのみ) 500円
利用者の家族の出迎え等の都合で、通所リハビリテーション終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。
- ⑥ **おむつ代** **実費**
利用者の身体の状況により、おむつ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。
- ⑦ **送迎費 / 片道** 47円
基本的には、保険給付の自己負担の範囲となりますが、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する方が送迎を依頼した場合にお支払いいただきます。

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

令和 年 月 日

介護老人保健施設 飯能ケアセンター楠苑
施設長 角田 七重 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

氏 名

印

< 連帯保証人 >

住 所

電話番号

氏 名

印

利用者との関係 ()

介護老人保健施設のサービス（介護予防通所リハビリテーション）を利用するにあたり、介護老人保健施設飯能ケアセンター楠苑利用約款に基づき、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. 介護老人保健施設飯能ケアセンター楠苑の諸規程を守り、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、介護老人保健施設飯能ケアセンター楠苑に対し一切迷惑をかけません。

以上

説明者 所属 支援相談員 氏名 印