

別表 1

**「指定居宅サービス」重要事項説明書
～通所介護・予防通所介護～**

(ii) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第10条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○通所介護（平成27年4月より）

1割負担の場合

	単位	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	3～5時間未満	4,858円	5,470円	6,092円	6,692円	7,325円
	5～7時間未満	6,897円	8,036円	9,164円	10,293円	11,421円
	7～9時間未満	7,816円	9,112円	10,439円	11,777円	13,114円
2. うち、介護保険から給付される金額	3～5時間未満	4,372円	4,923円	5,482円	6,022円	6,592円
	5～7時間未満	6,207円	7,232円	8,247円	9,263円	10,278円
	7～9時間未満	7,034円	8,200円	9,395円	10,599円	11,802円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	3～5時間未満	486円	547円	610円	670円	733円
	5～7時間未満	690円	804円	917円	1,030円	1,143円
	7～9時間未満	782円	912円	1,044円	1,178円	1,312円

○通所介護（平成 27 年 8 月より）

2 割負担の場合

	単位	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. ご契約者の 要介護度とサ ービス利用料 金	3～5 時 間未満	4,858 円	5,470 円	6,092 円	6,692 円	7,325 円
	5～7 時 間未満	6,897 円	8,036 円	9,164 円	10,293 円	11,421 円
	7～9 時 間未満	7,816 円	9,112 円	10,439 円	11,777 円	13,114 円
2. うち、介護 保険から 給 付される金額	3～5 時 間未満	3,886 円	4,376 円	4,873 円	5,353 円	5,860 円
	5～7 時 間未満	5,517 円	6,428 円	7,331 円	8,234 円	9,136 円
	7～9 時 間未満	6,252 円	7,289 円	8,351 円	9,421 円	10,491 円
3. サービス利 用に係る 自 己負担 (1-2)	3～5 時 間未満	972 円	1,094 円	1,219 円	1,339 円	1,465 円
	5～7 時 間未満	1,380 円	1,608 円	1,833 円	2,059 円	2,285 円
	7～9 時 間未満	1,564 円	1,823 円	2,088 円	2,356 円	2,623 円

☆ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

- ・ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ・ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に施設より提供したオムツに係る費用は別途いただきます。

- ・ ご契約者が通所介護中にご使用になるオムツは、原則としてご自宅からご持参いただきます。やむを得ず施設よりオムツを提供した場合は、同じタイプのものを返却いただくか、もしくはそれに係る実費をいただくこととなります。

リハビリパンツ・・・1枚 140円

尿とりパット・・・1枚 40円

○介護予防通所介護（平成27年4月より）

1割負担の場合

		要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	新	18,845円	38,597円
2. うち、介護保険から給付される金額	新	16,960円	34,737円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	新	1,885円	3,860円

○介護予防通所介護（平成27年8月より）

2割負担の場合

		要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	新	18,845円	38,597円
2. うち、介護保険から給付される金額	新	15,076円	30,877円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	新	3,769円	7,720円

加算（原則全員対象：サービス料金表に含まれているもの）

※○は介護予防通所介護のみに該当

種類	内容	単位数
サービス提供体制強化加算 I	介護福祉士 50%以上配置	18 単位 要支援 1 は 7.2 単位 要支援 2 は 14.4 単位
介護職員処遇改善加算	介護職員に対し、給与・待遇面の向上やキャリアアップ制度策定を行った場合。	単位×4.0%
中重度者ケア体制加算	要介護度 3 以上の割合が 30%以上	4.5 単位

その他各種加算（該当者：サービス料金表に加算）

種類	内容	単位数
認知症加算	認知症Ⅲ以上の割合が 20%以上	6.0 単位
個別機能訓練加算 II	専ら機能訓練士を配置し、心身の状況に応じた計画と実行。利用者の居宅を訪問しプラン作成した場合。	5.6 単位
入浴加算	入浴介助を行った場合。	5.0 単位
利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算	同左	-9.4 単位 要支援 1 -3.76 単位 要支援 2 -7.52 単位
延長（9～10 時間未満）	7～9 時間未満のサービス時間帯を選択された方で、延長を希望された場合。	+5.0 単位
延長（10～11 時間未満）		+10.0 単位
延長（11～12 時間未満）		+15.0 単位
○栄養改善加算	管理栄養士配置。多職種協働のプラン作成・実行の場合。	1.50 単位/回 (予防は/月)
○口腔機能向上加算	口腔機能改善管理指導計画作成・実行の場合。	1.50 単位/回 (予防は/月)
○生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上を目的とし、グループで週 1 回以上実施した場合。	1.00 単位 週 1 回
○運動器機能向上加算	機能訓練士の配置し多職種協働での機能訓練を行った場合。	2.25 単位/月
送迎を行わなかった場合	送迎を行わなかった場合	-4.7 単位

食事については、1回600円いただきます。

☆ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

- ・ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ・ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に施設より提供したオムツに係る費用は別途いただきます。

ご契約者が通所介護中にご使用になるオムツは、原則としてご自宅からご持参いただきます。やむを得ず施設よりオムツを提供した場合は、同じタイプのものを返却いただくか、もしくはそれに係る実費をいただくこととなります。

リハビリパンツ・・・1枚 140円

尿とりパット・・・1枚 40円

変更同意書

介護保険からの給付額に変更により事業者から「別表1」の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意します。

平成 年 月 日

事業者 社会福祉法人 大慈厚生事業会
大慈デイサービスセンター

施設長 重光雄明

契約者名（利用者） 印

署名代行者名（代理人等） 印

説明者（職種・氏名） 印