

別表 1

**「指定居宅サービス」重要事項説明書
～通所介護・介護予防通所サービス～**

(ii) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第8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（令和4年10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	4～5時間未満	5,164 円	5,807 円	6,461 円	7,114 円	7,757 円
	6～7時間未満	7,388 円	8,579 円	9,791 円	11,003 円	12,205 円
	7～8時間未満	8,242 円	9,580 円	10,993 円	12,373 円	13,786 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	4～5時間未満	4,647 円	5,226 円	5,814 円	6,402 円	6,981 円
	6～7時間未満	6,649 円	7,721 円	8,811 円	9,902 円	10,984 円
	7～8時間未満	7,417 円	8,622 円	9,893 円	11,135 円	12,407 円
3. サービス利用に係る 自己負担 (1-2)	4～5時間未満	517 円	581 円	647 円	712 円	776 円
	6～7時間未満	739 円	858 円	980 円	1,101 円	1,221 円
	7～8時間未満	825 円	958 円	1,100 円	1,238 円	1,379 円
	食事代	600 円				

○通所介護（令和4年10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	4～5 時間未満	5,164 円	5,807 円	6,461 円	7,114 円	7,757 円
	6～7 時間未満	7,388 円	8,579 円	9,791 円	11,003 円	12,205 円
	7～8 時間未満	8,242 円	9,580 円	10,993 円	12,373 円	13,786 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	4～5 時間未満	4,131 円	4,645 円	5,168 円	5,691 円	6,205 円
	6～7 時間未満	5,910 円	6,863 円	7,832 円	8,802 円	9,764 円
	7～8 時間未満	6,593 円	7,664 円	8,794 円	9,898 円	11,028 円
3. サービス利用に係る 自己負担（1-2）	4～5 時間未満	1,033 円	1,162 円	1,293 円	1,423 円	1,552 円
	6～7 時間未満	1,478 円	1,716 円	1,959 円	2,201 円	2,441 円
	7～8 時間未満	1,649 円	1,916 円	2,199 円	2,475 円	2,758 円
	食事代	600 円				

○通所介護（令和4年10月より）3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	4～5 時間未満	5,164 円	5,807 円	6,461 円	7,114 円	7,757 円
	6～7 時間未満	7,388 円	8,579 円	9,791 円	11,003 円	12,205 円
	7～8 時間未満	8,242 円	9,580 円	10,993 円	12,373 円	13,786 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	4～5 時間未満	3,614 円	4,064 円	4,522 円	4,979 円	5,429 円
	6～7 時間未満	5,171 円	6,005 円	6,853 円	7,702 円	8,543 円
	7～8 時間未満	5,769 円	6,706 円	7,695 円	8,661 円	9,650 円
3. サービス利用に係る 自己負担（1-2）	4～5 時間未満	1,550 円	1,743 円	1,939 円	2,135 円	2,328 円
	6～7 時間未満	2,217 円	2,574 円	2,938 円	3,301 円	3,662 円
	7～8 時間未満	2,473 円	2,874 円	3,298 円	3,712 円	4,136 円
	食事代	600 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指定の「サービス提供証明書」を交付します。
- ・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

○介護予防通所サービス（令和4年10月より）1割負担の場合

	要支援1	要支援2 週1回程度利用の方	要支援2 週2回程度利用の方
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	20,068円	20,068円	41,106円
2. うち、介護保険から給付される金額	18,061円	18,061円	36,995円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	2,007円	2,007円	4,111円
	食事代	600円	

※平成30年4月より要支援2の方について、サービス内容に応じた利用者負担とするため、週利用の方は、料金区分が変更されました。

○介護予防通所サービス（令和4年10月より） 2割負担の場合

	要支援1	要支援2 週1回程度利用の方	要支援2 週2回程度利用の方
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	20,068円	20,068円	41,106円
2. うち、介護保険から給付される金額	16,054円	16,054円	32,884円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	4,014円	4,014円	8,222円
	食事代	600円	

○介護予防通所サービス（令和4年10月より） 3割負担の場合

	要支援1	要支援2 週1回程度利用の方	要支援2 週2回程度利用の方
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	20,068円	20,068円	41,106円
2. うち、介護保険から給付される金額	14,047円	14,047円	28,774円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	6,021円	6,021円	12,332円
	食事代	600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）

※○は介護予防通所サービスのみ該当

種類	内容	単位数
サービス提供体制強化加算Ⅰ	以下のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士70%以上配置 ② 勤続年数10年介護福祉士25%以上配置	22単位 要支援1は88単位 要支援2は176単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ	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×5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員の確保・定着につなげていくため、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、職員の更なる処遇改善を行った場合。	単位×1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	①処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所。 ②介護職員等の処遇改善に資する費用として算定	単位×1.1%
中重度者ケア体制加算	要介護度3以上の割合が30%以上	45単位(要介護のみ)

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
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握すると共に、居宅での生活状況を確認し、多職種共同でアセスメント及び個別機能訓練計画書を作成。 専従1名以上配置(配置時間の定めなし)	56単位/日
個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	専従1名以上配置(サービス提供時間帯通じて配置)	85単位/日
個別機能訓練加算Ⅱ	加算Ⅰに加え、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること。	20単位/月
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。	40単位/回

ADL 維持等加算 I	イ 利用者等の総数が 10 人以上であること。 ロ 利用者等全員について、利用開始月と当該付きの翌月から起算して 6 月目において Barthel Index を適切に評価できる者が ADL 値を測定し、測定した月ごろに厚生労働省に提出していること。 ハ 評価対象者の ADL 利得を平均して得た値が、1 以上であること。	30 単位/月
ADL 維持等加算 II	加算 I の(イ)(ロ)の要件を満たすこと。 対象利用者の数値が基準値以上であること。	60 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 I ※介護予防通所サービスは平成 30 年 10 月より算定可能	介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養状態について確認を行い、情報を利用者の介護支援専門員に提供していること。	20 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算 II	利用者が、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、口腔の状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、情報を利用者の介護支援専門員に提供していること。	5 単位/回
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	- 94 単位 要支援 1 - 376 単位 要支援 2 - 752 単位
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の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ていること。	40 単位/月
口腔機能向上加算 I	口腔機能改善管理指導計画作成・実行の場合。	150 単位/回 (予防は/月)
口腔機能向上加算 II	加算 I 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ていること。	160 単位/回 (予防は/月)
運動器機能向上加算	ご利用者の運動器の機能を把握し、機能訓	225 単位/月

	練指導員やその他の関係者が共同して計画書を作成。計画に基づき、個別的に実施・記録し、評価していること。	
送迎を行わなかった場合	送迎を行わなかった場合	- 47 単位

- ・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指定の「サービス提供証明書」を交付します。
- ・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

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。

令和 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
管理者 奥山 弘樹

説明者職名 生活相談員 氏名 村上 麻雄 印

私達は、事業者から重要事項説明書別表（サービス利用料金）の説明を受け、内容において同意し、交付文書を受領しました。なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、利用中に加算の内容が変更となることに同意しました。

契約者兼利用者

住所

氏名 印

身元引受人（連帯保証人）

住所 同上

氏名 印（契約者との続柄）

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、重要事項説明書別表（サービス利用料金）の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 同上

氏名 同上 印（契約者との関係）