

令和 6年 6月 介護報酬改定に伴う同意書

利用料金表（介護予防通所リハビリテーション）

令和 6年 月 日

介護老人保健施設

アメニティきゅうらぎ

1 介護予防通所リハビリテーション費（日額）

※利用者負担は、1割又は2割、3割（一定以上所得者）です。 (単位：円)

介護度	1割	2割	3割
1	2,053	4,106	6,159
2	3,999	7,998	11,997

2 食事

(単位：円)

食費	1食	570
----	----	-----

3 手工芸・クラブ活動費・おむつ代等は、実費をいただきます。

4 加算料金

(単位：円)

			利用者負担		
			1割	2割	3割
運動器機能向上加算 (※1)		／月	225	450	675
選択的サービス複数実施加算 (※2)	(Ⅰ)	／月	480	960	1,440
	(Ⅱ)	／月	700	1,400	2,100
口腔・栄養スクリーニング加算 (6月に1回限度) (※3)	(Ⅰ)	／回	20	40	60
	(Ⅱ)	／回	5	10	15
口腔機能向上加算 (1月に2回限度) (※4)	(Ⅰ)	／回	150	300	450
	(Ⅱ)	／回	160	320	480
栄養アセスメント加算 (※5)		／月	50	100	150
栄養改善加算 (1月に2回限度) (※6)		／月	200	400	600
科学的介護推進体制加算 (※7)		／月	40	80	120
サービス提供体制強化加算 (※8)	(Ⅰ)	／月	88	176	264
	(Ⅱ)	／月	176	352	528
介護職処遇改善加算(1) (※9)			上記利用料合計の4.7%		
介護職員等特定処遇改善加算(1) (※10)			上記利用料合計の2.0%		
介護職員等ベースアップ等支援加算(※11)			上記利用料合計の1.0%		

- (※1) ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置している場合。
 - ・利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して、運動器機能向上計画を作成している場合。
 - ・利用者ごとの運動器機能向上計画に従い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若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録し、計画の進捗状況を評価している場合。
- (※2) (Ⅰ) ・運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス（以下「選択的サービス」）のうち、2種類のサービスを実施している場合。
 - ・利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスのうち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。(Ⅱ) ・利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施している場合。
 - ・利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスのうち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。
- (※3) (Ⅰ) 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健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。
- (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、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、情報を介護支援専門員に提供している場合。
- (※4) (Ⅰ) ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置している場合。
 - ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している場合。
 - ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに利用者の口腔機能を定期的に記録している場合。
 - ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する場合。(Ⅱ) 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場合。※原則3月以内、月2回を限度。
- (※5) ・当該事業所の従業者として管理栄養士を1名以上配置している場合。
 - ・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場合。
 - ・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、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場合。
- (※6) ・当該事業所の職員として、管理栄養士を1名以上配置している場合。
 - ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している場合。
 - ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、利用者の栄養状態を定期的に記録し栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している場合。栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問する場合。
- (※7) ・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入所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場合。
 - ・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。

(※8) (1) ①介護福祉士 70%以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上

(ii) 介護福祉士 50%以上

(※9) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上である場合。

(※10) 入所者に対し介護保険施設サービスを行った場合。

(※11) 入所者に対し介護保険施設サービスを行った場合。

(5) 支払い方法

・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

・お支払い方法は、現金、振込（銀行・郵便局）、郵便局口座自動引き落としの3方法があります。利用契約時にお選びください。

介護予防通所リハビリテーションの利用料金内容について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

令和 年 月 日

(利用者) 住所

氏名：

印

(家族) 住所

氏名：

印 続柄：