

(介護予防) 介護老人保健施設西原敬愛園通所リハビリテーション 利用約款

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者 介護老人保健施設 西原敬愛園（以下「乙」という。）とは、(介護予防) 通所リハビリテーションサービス利用に関して次のとおり契約を結びます。

(約款の目的)

第1条 乙は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあたっては要支援状態）と認定された甲に対し、介護保険法令の趣旨に従って、甲が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、(介護予防) 通所リハビリテーションを提供し、一方、甲及び甲を保証する者（以下「保証人」という。）は、乙に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めること又、甲の身元の保証をすることを、本約款の目的とします。

(契約期間)

第2条 本約款は、甲が介護老人保健施設（介護予防）通所リハビリテーション利用契約書を乙に提出したのち令和6年6月1日以降から効力を有します。但し、保証人に変更があった場合は、新たに契約を得ることとします。

- 2 甲は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2、別紙3の改定が行われたい限り、初回利用時の契約書提出をもって繰り返し、(介護予防) 通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

(甲からの解除)

第3条 甲及び保証人は、乙に対し、利用中止の意思表示をすることにより、甲の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本約款に基づく、(介護予防) 通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合甲及び保証人は、速やかに乙及び甲の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

但し、甲が正当な理由なく、(介護予防) 通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を乙にお支払いいただきます。

(乙からの解除)

第4条 乙は、甲及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく、(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 甲が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 甲の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 甲及び保証人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ④ 甲の病状、心身状態等が著しく悪化し、乙での適切な、(介護予防) 通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 甲又は保証人が、乙、乙の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合
- ⑦ 甲が死亡したとき

(利用料金)

第5条 甲又及び保証人は、連帯して、乙に対し、本約款に基づく（介護予防）通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙2の利用料金をもとに計算された月ごとの合計額及び甲が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

2 利用料金のお支払い方法は、乙が発行する請求書・明細書によりお支払い下さい。お支払い方法は【振込・金融機関の口座引落】があります。（振込の場合、振込手数料は甲の負担となります）

3 利用料等は月1回の支払いとなります。介護保険サービス及び甲が個別に利用したサービス等の提供を受けた月に係る利用料等の合計額を記載した請求書・明細書をその翌月の8日までに交付し、その月の25日までに支払うものとします。また、利用を終了された場合は、その都度お支払いして頂きます。

4 甲及び保証人は、乙が発行する前月料金の合計額の請求に対し、連帯して乙に当該合計額をその月の25日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。なお、途中終了の場合は、請求書発行後10日以内にお支払いください。

5 乙は、甲又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、甲又は保証人の指定する者に対して、領収書を交付します。

(記 録)

第6条 乙は、甲の（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。（診療録については、5年間保管します。）

2 乙は、甲が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、保証人その他の者（甲の代理人を含みます。）に対しては、甲の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第7条 乙は、原則として甲に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は医師が判断し、身体拘束その他甲の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、乙の医師がその様態及び時間、その際、甲の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 乙とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た甲又は保証人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
- ③ 甲が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 甲に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 乙は、甲に対し、施設医師の医学的判断により診察が必要と認める場合、医療機関又は歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 乙は、甲に対し、乙における介護老人保険施設サービスでの対応が困難な状態または、専門的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- 3 前項のほか、通所利用中に甲の心身の状態が急変した場合、乙は、甲及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、乙は、甲に対し必要な措置を講じます。

- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、医療機関、歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、乙は甲の家族等（甲又は保証人が指定する者）及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。
- 4 事故が発生した時に、再発の防止、事故の分析等を行うために安全対策委員会を設置します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 甲及び保証人は、乙の提供する（介護予防）通所リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。又、市町村や国保連合会でも相談窓口を設けています。

(高齢者虐待の申出)

第12条 甲及び保証人は、サービス提供時に高齢者虐待の発見及び疑いがある場合には速やかに管理者によって対応を行います。また、乙内に設置されている備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。又、乙の所在地である市町村や包括支援センターでも相談窓口を設けています。（通報及び届出を出来る事が法律で定められています）

(賠償責任)

第13条 （介護予防）通所リハビリテーションの提供に伴って乙の責に帰すべき事由によって、甲が損害を被った場合、乙は、甲に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 甲の責に帰すべき事由によって、乙が損害を被った場合、甲及び保証人は、連帯して、乙に対して、その損害を賠償するものとします。

(保証人)

第14条 保証人は次の各号の責任を負います。

- 1 甲が疾病等により他の医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
- 2 契約終了後の場合、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること
- 3 甲と連帯して本約款に基づく一切の責務を保証すること。

(利用契約に定めのない事項)

第15条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、甲又は保証人と乙が誠意をもって協議して定めることとします。

(介護予防) 介護老人保健施設西原敬愛園通所リハビリテーションについて

(重要事項説明書)

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人福寿会 介護老人保健施設西原敬愛園
- ・開設年月日 平成 7 年 3 月 1 4 日
- ・所在地 沖縄県中頭郡西原町字徳佐田 1 5 9 - 1
- ・電話番号 0 9 8 - 9 4 6 - 2 1 1 1
- ・ファックス番号 0 9 8 - 9 4 6 - 1 8 5 8
- ・管理者名 仲泊 順子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (4 7 5 1 2 8 0 0 6 8 号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設西原敬愛園(介護予防)通所リハビリテーションは、地域で自分らしく尊厳のある生活が実現できるよう、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供致します。その中で、在宅で過ごされている利用者の心身の維持・向上・回復を図り、日常生活の自立と社会復帰を援助し明るく生き生きと在宅生活が送れますよう支援し、真心込めてお世話させていただきます。また、利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、(介護予防)短期入所療養介護や(介護予防)通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[(介護予防)通所リハビリテーションの内容について]

(介護予防)通所リハビリテーションについて、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあたっては要支援者)の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス(介護予防サービス)計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法、言語療法、その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能維持、回復を図るため提供されます。この、サービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士、言語療法士、その他専ら(介護予防)通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって(介護予防)通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・保証人(ご家族)等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については、同意をいただくようになります。

[介護老人保健施設西原敬愛園の運営方針]

「施設は、明るい家庭的な雰囲気を有し、入所及び通所者等の心身の特性を把握し、医学的管理、看護、介護、日常生活動作訓練等により利用者の自立を支援し、その家庭復帰または社会復帰を目的とします。」

(3) 施設の職員体制

- ・医 師 (施設長兼務) 1 名
- ・看護婦 (士)、准看護婦 (士) 2 名 (常勤 1 名・非常勤 1 名)
- ・介 護 員 15 名 (兼務 1 名)
- ・支 援 相 談 員 1 名 (兼務 1 名)
- ・理 学 療 法 士 4 名 (常勤 4 名・非常勤 0 名)
- ・言 語 聴 覚 士 3 名 (常勤 2 名・非常勤 1 名)
- ・作 業 療 法 士 1 名 (常勤 1 名)
- ・栄 養 士 (管理栄養士) 1 名 (兼務 1 名)
- ・事 務 職 員・そ の 他 必要に応じた員数

(4) 通所定員 60 名

(5) 営業日・利用時間

- ・ 月曜日～土曜日（祝日も営業しています）
- ・ 日曜日・1月1日～1月3日はお休み
- ・ 要介護：9時15分～16時25分 ・ 要支援：10時～15時

2. サービス内容

① （介護予防）通所リハビリテーション計画の立案

② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）

利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

利用者の選定する特別な食事の提供は実費相当分の費用となります。

朝食 8時00分～9時00分 昼食 12時00分～13時00分 夕食 18時00分～19時00分

③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

④ 医学的管理・看護

⑤ リハビリテーション

⑥ 相談援助サービス

⑦ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

⑧ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）

基本時間外施設利用料：1時間あたり＝500円

⑨ 行政手続代行

⑩ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

本施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ 協力医療機関

・ 名 称：医療法人緑水会 宜野湾記念病院

・ 住 所：宜野湾市宜野湾 3-3-13

・ 名 称：医療法人かりゆし会 ハートライフ病院

・ 住 所：中城村伊集 208

・ 名 称：医療法人 球陽会 海邦病院

・ 住 所：宜野湾市志真志 2-23-5

・ 協力歯科医療機関

・ 名 称：医療法人 健優会 しらゆり歯科

・ 住 所：宜野湾市志真志 1-1-2-1F

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 施設での快適な共同生活が出来るように、常に互助扶助の精神を心掛けるようにしましょう。
- ・ 利用中の飲酒については、健康上禁止とさせていただきます。
- ・ 施設内の設備、備品は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
- ・ 所持品、備品等の持ち込みは必要最低限とさせていただきます。
- ・ 金銭、貴重品の持ち込みは原則的にお断りしております。盗難等のトラブルについては本施設で責任を負いかねますのでご了承下さい。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、散水栓、防火シャッター、非常電源設備、緊急連絡網自動転送システムなど防火・防災についての設備を施してあります。
- ・ 防災訓練 夜間訓練を含め年2回以上実施します。

6. 禁止事項

本施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望及び苦情等の相談

本施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。
(電話：098-946-2111 内線 103・104・202 担当：支援相談員まで)

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、受付に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

また、市町村や国保連合会でも相談窓口を設けています。

- ・ 各市町村（介護保険に関する相談窓口）
- ・ 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口（電話・FAX 098-860-9026）

8. その他

本施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

介護老人保健施設西原敬愛園通所リハビリテーションのご案内

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。その際、介護保険証、負担割合証の複写をさせていただいておりますのでご準備下さい。利用開始後、介護保険証等の内容に変更があった場合にはお知らせ下さいますようお願い致します。

2. (介護予防) 通所リハビリテーションについての概要

(介護予防) 通所リハビリテーションについては、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者)の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス(介護予防サービス)計画に基づき、本施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、(介護予防) 通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・保証人(ご家族)の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(介護予防) 通所リハビリテーションの基本料金は以下のとおりです。

1. (介護予防) 通所リハビリテーションの保険給付の自己負担額

(1) 通所リハビリテーションの自己負担金

(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は 1 日当たりの自己負担金です)

	要介護度	通常規模事業所 (※ 1)	大規模事業所 (Ⅰ) (※ 2)	大規模事業所 (Ⅱ) (※ 3)
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	369 円	357 円	369 円
	要介護 2	398 円	388 円	398 円
	要介護 3	429 円	415 円	429 円
	要介護 4	458 円	445 円	458 円
	要介護 5	491 円	475 円	491 円
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	383 円	372 円	383 円
	要介護 2	439 円	427 円	439 円
	要介護 3	498 円	482 円	498 円
	要介護 4	555 円	536 円	555 円
	要介護 5	612 円	591 円	612 円
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	486 円	470 円	486 円
	要介護 2	565 円	547 円	565 円
	要介護 3	643 円	623 円	643 円
	要介護 4	743 円	719 円	743 円
	要介護 5	842 円	816 円	842 円
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	553 円	525 円	553 円
	要介護 2	642 円	611 円	642 円
	要介護 3	730 円	696 円	730 円
	要介護 4	844 円	805 円	844 円
	要介護 5	957 円	912 円	957 円

5 時間以上	要介護 1	622 円	470 円	622 円
	要介護 2	738 円	547 円	738 円
	要介護 3	852 円	623 円	852 円
	要介護 4	987 円	719 円	987 円
	要介護 5	1120 円	816 円	1120 円
6 時間未満	要介護 1	715 円	675 円	715 円
	要介護 2	850 円	802 円	850 円
	要介護 3	981 円	926 円	981 円
	要介護 4	1137 円	1077 円	1137 円
	要介護 5	1290 円	1224 円	1290 円
7 時間以上	要介護 1	762 円	714 円	762 円
	要介護 2	903 円	847 円	903 円
	要介護 3	1046 円	983 円	1046 円
	要介護 4	1215 円	1140 円	1215 円
	要介護 5	1379 円	1300 円	1379 円

- (※1) 通常規模事業所 : 前年度の 1 月あたり平均のべ人員数 750 人以内の事業所
(※2) 大規模事業所 (Ⅰ) : 前年度の 1 月あたり平均のべ人員数 900 人以内の事業所
(※3) 大規模事業所 (Ⅰ) : 一定の要件を満たした事業所

* リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別リハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。また、理学療法士等を手厚く配置している事業所が評価されます。

1. 入浴介助加算

○入浴介護加算 (Ⅰ)

通所リハビリテーション計画上、入浴介助を行うこととなっている場合は、上記通所リハビリテーション費に 40 円加算されます。

○入浴介護加算 (Ⅱ)

当該事業所の機能訓練指導員等 ((通所リハは理学療法士等) が共同して、利用者宅を訪問した医師等と連携の下で、利用者の身体状況や訪問により把握した浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成。一日につき 60 円加算されます。

※ (通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。)

2. リハビリテーションマネジメント実施加算

○リハビリテーションマネジメント加算 (イ)

- ① 事業所の医師が理学療法士等に対し、リハビリの目的に加えて開始前または実施中の留意事項やむを得ず中止する際の基準リハビリテーションにおける利用者の負荷等のうちいずれか 1 以上の指示を行う
- ② ①の指示を行った医師または指示を受けた理学療法士等が、指示の内容が①に掲げる基準に適合することを明確に記録
- ③ リハビリ会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を共有し会議の内容を記録
- ④ 通所リハビリ計画書の作成に関与した理学療法士等が利用者または家族に説明し、利用者の同意を得るとともに、説明の内容等を医師へ報告
- ⑤ 3 月に 1 回以上リハビリ会議を開催し、利用者の状態変化に応じて通所リハビリ計画を見直す。リハビリ会議は利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法でも可
- ⑥ 理学療法士等がケアマネジャーへ、利用者の有する能力、自立に必要な支援および日常生活の留意点について情報を提供
- ⑦ 理学療法士等が他居宅サービスの従業者と利用者宅を訪問し、従業者または利用者の家族へ介護の工夫や日常生活上の留意点に関する助言を行う

- 1 月につき 560 円加算されます。(同意月より 6 月以内)
- 1 月につき 240 円加算されます。(同意月より 6 月以超)

○リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

- ①加算イの要件に適合すること。
- ②利用者ごとの通所リハビリ計画書の内容等の内容等を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり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に必要な情報を活用

- 1 月につき 593 円加算されます。(同意月より 6 月以内)
- 1 月につき 273 円加算されます。(同意月より 6 月以超)

○リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)

- ①加算ロの要件に適合すること。
- ②事業所の職員または外部との連携により管理栄養士を 1 人以上配置
- ③言語聴覚士、歯科衛生士、または看護職員を一人以上配置
- ④医師、管理栄養士、理学療法士等、看護職員、介護職員、その他職種が共同して栄養アセスメント（低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題の把握）を実施し、利用者また家族へその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応
- ⑤言語聴覚士、歯科衛生士または、看護職員がその他の職種と共同して口腔の状態を評価し、解決すべき課題を把握
- ⑥医師、管理栄養士、理学療法士等、歯科衛生士、看護職員、介護職員、その他職種が通所リハビリ計画の情報その他リハビリの適切・有効な実施に必要な情報、利用者の栄養・口腔状態に関する情報を相互に共有
- ⑦⑥で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリ計画書を見直し、関係職種間で共有
- 1 月につき 793 円加算されます。(同意月より 6 月以内)
- 1 月につき 473 円加算されます。(同意月より 6 月以超)

○リハビリテーションマネジメント加算

- 事業所の医師が利用者・家族へ説明し同様を得た場合
- 1 月につき 270 円加算されます。
- 理学療法士等が説明した場合は、その内容等を医師へ報告すること

3. リハビリテーション提供体制加算

- リハビリテーションマネジメント加算を算定し理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の合計数が利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

・ 3 時間以上 4 時間未満	12 円／回
・ 4 時間以上 5 時間未満	16 円／回
・ 5 時間以上 6 時間未満	20 円／回
・ 6 時間以上 7 時間未満	24 円／回
・ 7 時間以上 8 時間未満	28 円／回

4. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を維持できるようにするとともに若年性認知症者の受け入れ、ケアの質の向上を図り、認知症行動や心理症状、記憶の訓練、生活機能の改善、日常生活活動の訓練等を組み合わせ、専門的なケア提供を行います。

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)

- 週間に 2 日を限度として、個別にリハビリテーションを 20 分以上実施すること。 240 円/日

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

通所リハビリテーション計画書に、時間、頻度、場所、実施方法を定め、その計画に則り、個別または集団でリハビリテーションを1月に4回以上実施すること 1920 円/月

5. 短期集中リハビリテーション実施加算

退院、退所後又は、初めて要介護認定を受けた後に早期かつ集中的に充実し、在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため短期集中的にリハビリテーションを行った場合以下のように加算されます。

○退院・退所又は認定日から1月～3月以内

110 円/日

6. 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症患者やその家族に対して支援を行い、利用者の特性やニーズに応じたサービスを行います。一日につき 60 円加算されます。

7. 生活行為向上リハビリテーション実地加算

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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上支援した場合。

○利用開始日から起算して6月以内の期間に行われた場合

1250 円/月

8. 口腔機能向上加算

○口腔機能向上加算（Ⅰ）

口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者に対し、歯科衛生士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見直し等の一連のプロセスを実施した場合につき、150 円加算されます。（月2回限度）

○口腔機能向上加算（Ⅱ）

①（Ⅰ）の取り組みに加え、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定

②利用者の口腔機能を開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等を作成

③指導計画に伴い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。（LIFEの活用・PDCAサイクルの運用）（月2回限度）

リハビリマネジメント加算を算定している場合 155 円

リハビリマネジメント加算を算定していない場合 160 円

9. 口腔・栄養スクリーニング加算

○口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

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について確認を行い、口腔の健康状態に関する情報を担当介護支援専門員に提供していること

20 円（6ヶ月に1回）

○口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）を担当介護支援専門員に提供していること

5 円（6ヶ月に1回）

10. 栄養改善加算

低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同し

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見直し等の一連のプロセスを実施した場合に1日につき200円加算されます。(月2回・3月以内)

11. 重度療養管理加算

手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護3、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う場合に1日につき100円加算されます。(気管切開・胃瘻の経腸栄養等)

12. 中重度者ケア体制加算

中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している事業所の場合20円/日加算されます。

13. 科学的介護推進体制加算

利用者ごとにADL値・栄養状態・認知症の状況などの基本的な情報を厚生労働省に提出した場合40円が加算されます。

14. 栄養アセスメント加算

管理栄養士を配置し利用者ごとに栄養アセスメントを実施し利用者、家族に説明し相談等に対応した場合50円が加算されます。

15. 通所リハ退院時共同指導加算

病院・診療所に入院中の者が退院するにあたり、(介護予防)通所リハビリ事業所の医者または理学療法士、作業療法士、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(介護予防)通所リハビリを実施した場合60円加算されます。

16. 通所リハ移行支援加算

通所リハビリテーション提供終了者のうち、通所介護、認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取り組みを実施した者の割合が3%超②通所リハビリテーション提供終了日から起算して14日以降44日以内に通所リハビリの徒業者が電話等により通所介護等を実施していることを確認し記録③12月を利用者の平均利用月数で除した数が27%以上④リハビリテーション修了者が通所介護等の事業所へ移行するにあたり、利用者のリハビリ計画書を移行先の事業所へ提供12円加算されます。

17. サービス提供体制強化加算

○介護福祉士の資格保有者が一定の割合で雇用されている事業所が提供するサービスについて評価されます。

- ・ 介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されていることで22円加算されます。
- ・ 介護職員のうち介護福祉士が50%以上配置されていることで18円加算されます

○一定以上の勤務年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価されます。

- ・ 直接サービスを提供する職員総数のうち3年以上勤続年数のある者が30%以上配置されていることで6円加算されます。

18. 送迎減算

利用者様が自ら介護事業所に通う場合や介護事業所が送迎を行わない場合片道47円減算される。

19. 通所リハ同一建物減算

事業所と同一建物に居住する者や同一建物からサービスを利用する場合 **94 円** 減算される。

20. 介護職員等処遇改善加算

- ・ 介護職員の賃金改善、人材確保、安定的な介護サービス供給のための加算

(～介護職員処遇改善加算 (I ロ) 介護サービス費の合計 **×11.1%**)

①経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること②改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上③職場環境の更なる改善、見える化④資格や金属年数等に応じた昇給の仕組みの整備⑤職場環境の改善（職場環境等要件）⑥賃金体系等の整備及び研修の実施等上記に加え、(1) キャリアパス要件 I～V を満たしていること (2) 職場環境等要件への取り組み (3) 賃金改善を継続して行うこと (4) さらに、「ケアプランデータ連携システムの利用」「生産性向上推進体制加算の算定」「社会福祉連携推進法人への参画」などの特例要件のいずれかを満たすこと

介護職員等処遇改善加算	I イ	10.3%	・	I ロ	11.1%
介護職員等処遇改善加算	II イ	10.0%	・	II ロ	10.8%
介護職員等処遇改善加算	III	8.3%			
介護職員等処遇改善加算	IV	7.0%			

※1 割～3 割の負担割合証に応じた額が利用者負担とります

(2) 介護予防通所リハビリテーションの自己負担額

(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 月当たり の自己負担分です)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援 1 (1 月につき)	2268 円
	要支援 2 (1 月につき)	4228 円

1. 生活行為向上リハビリテーション実地加算

- ・ 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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上支援した場合。

利用開始日から起算して 6 月以内の期間に行われた場合

562 円/月

2. 栄養アセスメント加算

- ・ 栄養アセスメント加算

管理栄養士を配置し利用者ごとに栄養アセスメントを実施し利用者、家族に説明し相談等に対応した場合 **50 円** が加算されます。

3. 栄養改善加算

低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、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見直し等の一連のプロセスを実施した場合に 1 月につき **200 円** 加算されます。

4. 口腔・栄養スクリーニング加算

○口腔・栄養スクリーニング加算 (I)

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について確認を行い、口腔の健康状態に関する情報を担当介護支援専門員に提供していること

20 円 (6 ヶ月に 1 回)

○口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)

利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報 (当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む) を担当介護支援専門員に提供していること

5 円 (6 ヶ月に 1 回)

5. 口腔機能向上加算

利用者の口腔機能を開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等を作成し、口腔機能向上サービスを行い、定期的に記録、評価していること (3 月以内・月 2 回まで)

○情報を厚生労働省に提出していない場合 150 円

○情報を厚生労働省に提出、活用している場合 160 円

6. 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症患者やその家族に対して支援を行い、利用者の特性やニーズに応じたサービスを行います。一日につき 240 円加算されます。

7. 科学的介護推進体制加算

利用者ごとに ADL 値・栄養状態・認知症の状況などの基本的な情報を厚生労働省に提出した場合 40 円が加算されます。

8. サービス提供体制強化加算

○介護福祉士の資格保有者が一定の割合で雇用されている事業所が提供するサービスについて

- ・ 介護職員のうち介護福祉士が 70%以上雇用されていることで

要支援 1 (1 月につき) 88 円

要支援 2 (1 月につき) 176 円 が加算されます。

- ・ 介護職員のうち介護福祉士が 50%以上雇用されていることで

要支援 1 (1 月につき) 72 円

要支援 2 (1 月につき) 144 円 が加算されます

○一定以上の勤務年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて

- ・ 直接提供する職員総数のうち 3 年以上勤続年数のある者が 30%以上雇用されていることで

要支援 1 (1 月につき) 24 円

要支援 2 (1 月につき) 48 円 が加算されます。

9. 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた場合

要支援 1 (1 月につき) -120 円

要支援 2 (1 月につき) -240 円 が減算されます。

10. 事業所評価加算

- ・ 選択的サービスを行うことにより身体機能が維持・向上されているかを評価したもので、要支援状態の状態が維持・向上されている人が一定割合以上いた場合に算定されます。

11. 介護職員等処遇改善加算

- ・ 介護職員の賃金改善、人材確保、安定的な介護サービス供給のための加算

(～介護職員処遇改善加算 (I ロ) 介護サービス費の合計×11.1%)

①経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること②改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上③職場環境の更なる改善、見える化④資格や金属年数等に応じた昇給の仕組みの整備⑤職場環境の改善（職場環境等要件）⑥賃金体系等の整備及び研修の実施等上記に加え、(1) キャリアパス要件 I～V を満たしていること (2) 職場環境等要件への取り組み (3) 賃金改善を継続して行うこと (4) さらに、「ケアプランデータ連携システムの利用」「生産性向上推進体制加算の算定」「社会福祉連携推進法人への参画」などの特例要件のいずれかを満たすこと

介護職員等処遇改善加算	I イ	10.3%	・	I ロ	11.1%
介護職員等処遇改善加算	II イ	10.0%	・	II ロ	10.8%
介護職員等処遇改善加算	III	8.3%			
介護職員等処遇改善加算	IV	7.0%			

※1 割～3 割の負担割合証に応じた額が利用者負担とります

2. (介護予防) 通所リハビリテーションのその他の自己負担額

* 食費

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ただきます。原則として食堂でお取りいただきます。なお、(介護予防) 通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

◎食 費 (食材費等+調理費相当分)	朝食 :	400 円	昼食 :	650 円	夕食 :	650 円
◎経口訓練食		280 円				

* 教養娯楽費

実費

- ・ クラブや個人へ使用する、折り紙、粘土等の材料費の費用

* 基本時間外施設利用料 (1 時間当たり)

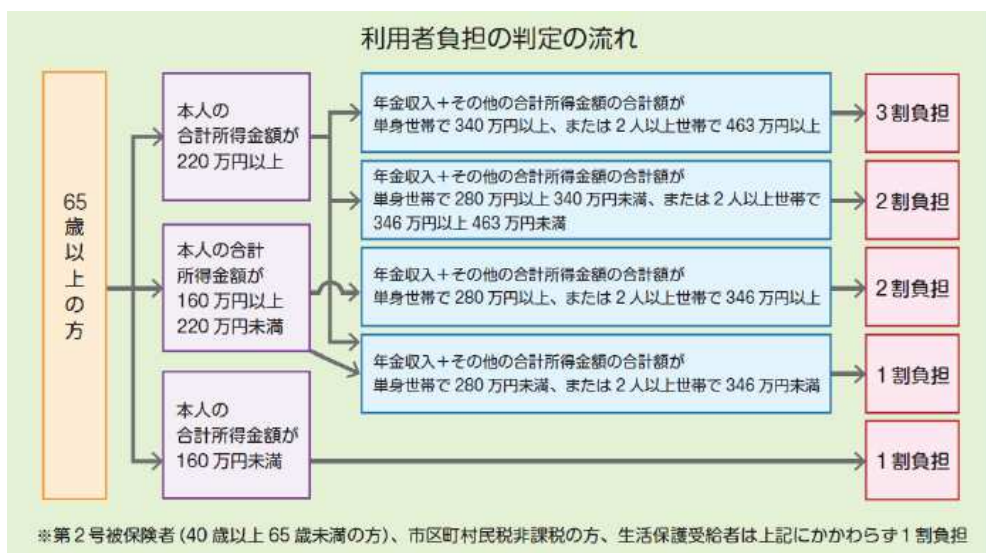
500 円

- ・ 利用者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。
- ・ * その他の費用 ・ 診断書等の文書の発行等

- ・ 介護サービスを利用する場合には、費用の一定割合を利用者様にご負担いただくことが必要です。

この利用者負担割合について、これまでは 1 割又は一定以上の所得のある方は 2 割としていましたが、平成 30 年 8 月から 65 歳以上の方（第一号被保険者）であって、現役並みの所得のある方には費用の 3 割をご負担いただくこととなります。

厚生労働省



利用者負担説明書

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険（及び介護予防）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（食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費）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、（介護予防）短期入所療養介護、（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。介護保険（介護予防）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、次項以降をご参照下さい。

介護保険には、大きく分けて、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）短期入所療養介護、（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、居宅支援サービス（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、居宅支援サービス（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、居宅支援サービス（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、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所〔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。

個人情報の利用目的

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

介護老人保健施設西原敬愛園では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・本施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る本施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・本施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔本施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・本施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －本施設において行われる学生の実習への協力
 - －本施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・本施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

1. 上記の内容に関しまして特にお申し出がない場合は、情報の取得及び利用に同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
2. 同意しがたい事項がある場合には、その旨を窓口までお申し出下さい。これからのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。
3. また、上記以外の目的で個人情報を利用する場合は、個別に利用者からの同意を得た上で利用いたします。

(介護予防) 通所リハビリテーション 利用契約書

介護老人保健施設西原敬愛園 (介護予防) 通所リハビリテーションを利用するに当たり、介護老人保健施設 (介護予防) 通所リハビリテーション利用約款及び別紙1、別紙2、別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明をうけ、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

< 利用者 甲 >

氏 名 _____ 印

住 所 _____

< 事業者 乙 >

< 保証人 >

施 設 名 介護老人保健施設 西原敬愛園

氏 名 _____ 続柄 () 印

住 所 沖縄県中頭郡西原町字徳佐田 159-1

住 所 _____

管理者名 福田 秀基 印

電話番号 _____

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな

・ 氏 名 _____ 続柄 ()

・ 住 所 (〒 _____)

・ 電話番号 (自宅・携帯 _____) (職場) _____

【本約款第9条3項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先1】

ふりがな

・ 氏 名 _____ 続柄 ()

・ 住 所 (〒 _____)

・ 電話番号 (自宅・携帯 _____) (職場) _____

【本約款第9条3項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先2】

ふりがな

・ 氏 名 _____ 続柄 ()

・ 住 所 (〒 _____)

・ 電話番号 (自宅・携帯 _____) (職場) _____

【個人情報の取り扱いについて】

サービス担当者会議等、個人情報の提供に関して担当者による説明を受けこれらを十分に理解した上で同意します。

< 利用者 >

氏 名 _____ 印

< 保証人 >

氏 名 _____ 印