

# 介護（予防）老人保健施設通所リハビリテーション利用約款

## （約款の目的）

第1条 介護（予防）老人保健施設あけみおの里（以下「当施設」という。）は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅で、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、利用者又は利用者の身元を引き受ける者（以下「身元引受人」という。）は、当施設に対し、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を、この約款の目的とします。

## （適用期間）

- 第2条 本約款は、利用者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同意書を当施設に提出したのち、効力を有します。但し、身元引受人等に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。
- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款及び重要事項説明書の改定が行なわれない限り、初回利用時の同意書提出をもって、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。

## （利用者からの解除）

- 第3条 利用者及び身元引受人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅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、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。
- 但し、利用者が正当な理由なく、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当施設にお支払いいただきます。

## （当施設からの解除）

- 第4条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく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 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
  - 2 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
  - 3 利用者及び身元引受人が、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10日間以内に支払われない場合
  - 4 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な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 利用者又は身元引受人が、当施設、当施設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

(利用料金)

第5条

利用者及び身元引受人・支払責任者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリテーションサービスの対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者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 当施設は、利用者及び身元引受人・支払責任者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発送し、利用者及び身元引受人・支払責任者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の25日までに支払うものとします。
- 3 当施設は、利用者又は身元引受人・支払責任者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び身元引受人・支払責任者に対し事務所にて領収書を発行します。

(記録)

第6条

当施設は、利用者の介護（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 当施設は、利用者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、身元引受人その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者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 当施設は、原則として利用者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、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者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、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、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

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護法方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元引受人、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1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業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間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者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 利用者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なります。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び身元引受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、当施設は、利用者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、協力医療機関、協力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、当施設は利用者の家族等、利用者又は身元引受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。

（要望又は苦情等の申出）

第11条 利用者及び身元引受人は、当施設の提供する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、又は備え付けの用紙で「意見箱」に投函して申し出ることができます。その他にも当施設においては、オンブズマン制度も導入しておりますので、そちらへご相談いただくこともできます。（オンブズマン制度につきましては、重要事項説明書をご覧ください。）

相談窓口：相談室 電話0980-53-0999

（賠償責任）

第12条 通所リハビリテーションの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

（利用契約に定めのない事項）

第13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、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

# 重 要 事 項 説 明 書

(令和6年6月1日現在)

## 1. 施設の概要

### (1) 施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設あけみおの里通所リハビリテーション
・開設年月日	平成5年4月1日
・所在地	沖縄県名護市屋部 468 番地の 1
・電話番号	0980-53-0999
・ファックス番号	0980-53-0907
・介護保険指定番号	介護老人保健施設（4751180011号）

### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

当事業所では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法  
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の維持回復を図り、利用者が  
一日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めます。

[介護老人保健施設あけみおの里の運営方針]

「利用者の基本的人権を尊重し、施設療養、日常生活の介護サービス等人間性豊かな温かい  
愛情をもって常に心身の健康保持と機能回復に努め、施設の目標とする、①自立支援 ②家  
庭的雰囲気 ③家庭復帰 ④地域との連携を前向きに取り組み早期家庭復帰・社会復帰を支  
援する」

### (3) あけみおの里通所リハビリテーション職員体制

	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容
・医 師	1 名	1 名	入所施設と兼務
・看 護 職 員	1 名		医学的管理下での看護
・介 護 職 員	6名以上		身体介護等
・支 援 相 談 員	1 名		利用者及び家族との相談業 務
・理 学 療 法 士	1 以上		リハビリテーション
・作 業 療 法 士			//
・言 語 聴 覚 士			//
・栄養士（管理栄養士）	1 名以上 （兼務）		栄養管理、献立作成
・事 務 職 員	1 名以上兼務		利用料の管理・請求など

## 2. サービス内容

- ① 介護（予防）通所リハビリ計画の立案
- ② 食事 12:00～12:30（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
- ③ 入浴（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 介護（予防）通所リハビリテーション実施計画に基づく介護を実施）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 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. 営業日並び営業時間

第1条 事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとする。

第2条

営業日	月曜日～金曜日（祝日は営業となります） 但し、12月31日、1月 1、2、3日を除く
2 営業時間	8：30～17：30
3 提供時間	9：45～16：00 但し、要望に応じて時間調整もありうる。

## 4. 利用者定員

事業所の利用定員は次のとおりとする

利用定員 40名（介護予防通所リハ含む）

## 5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は次のとおりとする。

名護市、本部町、今帰仁村の区域とする。

（但し、利用者から希望要請がある場合は調整もありうる。）

## 6. 利用料金（要介護）

### ○基本料金

- ・施設利用料（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分です）

#### 通常規模型通所リハビリテーション

	<u>1割負担</u>	<u>2割負担</u>	<u>3割負担</u>
〔1時間以上2時間未満〕			
・要介護1	369円	738円	1,107円
・要介護2	398円	796円	1,194円
・要介護3	429円	858円	1,287円
・要介護4	458円	916円	1,374円
・要介護5	491円	982円	1,473円
〔2時間以上3時間未満〕			
・要介護1	383円	766円	1,149円
・要介護2	439円	878円	1,317円
・要介護3	498円	996円	1,494円
・要介護4	555円	1,110円	1,665円
・要介護5	612円	1,224円	1,836円
〔3時間以上4時間未満〕			
・要介護1	486円	972円	1,458円
・要介護2	565円	1,130円	1,695円
・要介護3	643円	1,286円	1,929円
・要介護4	743円	1,486円	2,229円
・要介護5	842円	1,684円	2,526円
〔4時間以上5時間未満〕			
・要介護1	553円	1,106円	1,659円
・要介護2	642円	1,284円	1,926円
・要介護3	730円	1,460円	2,190円
・要介護4	844円	1,688円	2,532円
・要介護5	957円	1,914円	2,871円
〔5時間以上6時間未満〕			
・要介護1	622円	1,244円	1,866円
・要介護2	738円	1,476円	2,214円
・要介護3	852円	1,704円	2,556円
・要介護4	987円	1,974円	2,961円
・要介護5	1,120円	2,240円	3,360円
〔6時間以上7時間未満〕			
・要介護1	715円	1,430円	2,145円
・要介護2	850円	1,700円	2,550円
・要介護3	981円	1,962円	2,943円
・要介護4	1,137円	2,274円	3,411円
・要介護5	1,290円	2,580円	3,870円
〔7時間以上8時間未満〕	1割負担	2割負担	3割負担

・要介護1	762円	1. 524円	2. 286円
・要介護2	903円	1. 806円	2. 709円
・要介護3	1,046円	2,092円	3,138円
・要介護4	1,215円	2,430円	3,645円
・要介護5	1,379円	2,758円	4,137円

## ○サービス提供体制強化加算

### ・サービス提供体制加算（Ⅰ）

（介護福祉士が70%以上配置、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上）

1割負担 22円/日      2割負担 44円/日      3割負担 66円/日

### ・サービス提供体制加算（Ⅱ）（介護福祉士が50%以上配置）

1割負担 18円/日      2割負担 36円/日      3割負担 54円/日

### ・サービス提供体制加算（Ⅲ）（7年以上勤続数者が30%以上配置）

1割負担 6円/日      2割負担 12円/日      3割負担 18円/日

## ○リハビリテーション提供体制加算：1日につき

	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
通所リハビリ提供体制加算1（3時間以上4時間未満）	12円	24円	36円
通所リハビリ提供体制加算2（4時間以上5時間未満）	16円	32円	48円
通所リハビリ提供体制加算3（5時間以上6時間未満）	20円	40円	60円
通所リハビリ提供体制加算4（6時間以上7時間未満）	24円	48円	72円
通所リハビリ提供体制加算5（7時間以上）	28円	56円	84円

### 算定要件

- ・指定通所リハビリテーションにおいて、常時、当該事業所に配置されている理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の合計数が25又はその端数を増すごとに1以上であること

## ○入浴介助加算

### ・入浴介助加算Ⅰ

1割負担40円/日      2割負担80円/日      3割負担120円/日

### ・入浴介助加算Ⅱ

1割負担60円/日      2割負担120円/日      3割負担180円/日

### 算定要件

- （1） 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、ケアマネジャーなどが利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価する。ただし、医師等による訪問が困難な場合には、指示のもと介護職員が訪問し、情報通信機器等を活用して把握した動作や環境を医師等が評価・助言を行っても差し支えないものとする。

- (2) 居宅訪問の際、浴室が本人・家族の介助により入浴することが難しい環境にある場合、ケアマネジャーや福祉用具貸与事業所、福祉用具専門相談員などと連携し、貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言をする。
- (3) 居宅訪問をした医師等と多職種が連携し、利用者の身体状況や浴室環境などを踏まえた個別の入浴計画を作成する。
- (4) 計画に基づき利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う。

## ○6時間以上 8 時間未満の通所リハビリテーションの前後に、日常生活上の世話をを行った場合の算定対象条件が8時間以上となった場合の加算

	(1 割負担)	(2 割負担)	(3 割負担)
8 時間以上 9 時間未満	50 円	100 円	150 円
9 時間以上 10 時間未満	100 円	200 円	300 円
10 時間以上 11 時間未満	150 円	300 円	450 円
11 時間以上 12 時間未満	200 円	400 円	600 円
12 時間以上 13 時間未満	250 円	500 円	750 円
13 時間以上 14 時間未満	300 円	600 円	900 円

○送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を通所サービスの所要時間に含める。

### 算定要件

- (1) 居宅サービス計画と個別サービス計画に位置付けた上で実施するものとし、所要時間に含めることができる時間は30分以内とする。
- (2) 居宅内介助等を行う者は、介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等とする。
- (3) 通所利用時間を延長で利用した場合

## ○リハビリテーションマネジメント加算（イ）

・開始日から6月以内

1 割負担：560 円／月      2 割負担：1,120 円／月      3 割負担：1,680 円／月

・開始日から6月超

1 割負担：240 円／月      2 割負担：480 円／月      3 割負担：720 円／月

※医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加えて270単位、加算される

### 算定要件

- (1) 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
- (2) リハビリテーション会議(テレビ会議可)を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
- (3) 3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。
- (4) PT、OT 又は ST が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5) PT、OT 又は ST が（指定居宅サービスの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族



(当該従業者)に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(6) リハビリテーション計画について、計画作成に関与した PT、OT 又は ST が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。

(7) 上記に適合することを確認し、記録すること。

### ○リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

・開始日から6月以内

1割負担：593円/月      2割負担：1,186円/月      3割負担：1,779円/月

・開始日から6月超

1割負担：273円/月      2割負担：546円/月      3割負担：819円/月

※医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加えて270単位、加算される

#### 算定要件

(1) 加算 (A) イの要件に適合すること。

(2) 利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容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。(LIFE へのデータ提出とフィードバックの活用)

### ○リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)

・開始日から6月以内

1割負担：793円/月      2割負担：1,586円/月      3割負担：2,379円/月

・開始日から6月超

1割負担：473円/月      2割負担：946円/月      3割負担：1,419円/月

※医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加えて270単位、加算される

#### 算定要件

(1) 加算 (ロ) の要件に適合すること。

(2) 事業所の従業員として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

(3) 利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。

(4) 利用者ごとに ST、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。

(5) 利用者ごとに関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

(6) 共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報共有していること。

### ○短期集中リハビリ実施加算 (退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)

1割負担：110円／日      2割負担：220円／日      3割負担：330円／日

#### 算定要件

- (1) 個別にリハビリテーションを実施すること。
- (2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

### ○認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

（退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内）

1割負担：240円／日      2割負担：480円／日      3割負担：720円／日

#### 算定要件

- (1) 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- (2) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）～（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。

### ○認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

（退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内）

1割負担：1,920円／月      2割負担：3,840円／月      3割負担：5,760円／月

#### 算定要件

- (1) 1月に4回以上リハビリテーション実施すること。
  - (2) 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通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
  - (3) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）～（Ⅳ）のいずれかを算定していること。
- ただし、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）は、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

### ○生活行為向上リハビリテーション実施加算

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

1割負担：1,250円／月      2割負担：2,500円／月      3割負担：3,750円／月

#### 算定要件

- (1) 指定通所リハビリテーション事業所が、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、指定通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援した 場合には加算する。
- (2) 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こと。
- (3) 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こと。

(4) 当該計画で定めた指定通所介護リハビリテーションの実施期間中に指定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、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告すること。

(5) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ・ロ、(B)イ・ロのいずれかを算定していること。

ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

(6) 医師または医師の指示を受けたPT、OT、STがおおむね月に1回以上、利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価を実施すること。

※生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後の翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

※生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定し、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、指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定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、同一の利用者に対して、指定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月間に限り減算する。

## ○若年性認知症受入加算

若年性認知症患者やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供します

1割負担：60円/日      2割負担：120円/日      3割負担：180円/日

## ○栄養改善加算・栄養アセスメント加算

### ・栄養改善加算

1割負担：200円/1回      2割負担：400円/1回      3割負担：600円/1回

低栄養状態の改善などを目的として、栄養ケア計画の作成、定期的な記録、栄養ケアの進捗状況を定期的に評価していきます。(評価結果、改善せず必要と認められる利用者には引き続き算定可能) ※1月2回まで原則3ヵ月

栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて居宅を訪問する。

※居宅訪問は管理栄養士が行う。

### ・栄養アセスメント加算

1割負担：50円/月      2割負担：100円/月      3割負担：150円/月

### 算定要件

- (1) 事業所の従業者または外部(※)との連携により管理栄養士を1名以上配置する。
- (2) 管理栄養士と他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、結果を利用者・家族に説明する。
- (3) 利用者後との栄養状態などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用する。

※他の介護事業所、医療機関、介護保健施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保健施設については、常勤で1以上または栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

## ○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

算定要件 ※以下の(1)、(2)いずれにも適合すること。又、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

- (1) 利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供する
- (2) 利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の栄養状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供する

※6カ月に1回を限度

1割負担：20円/回      2割負担：40円/回      3割負担：60円/回

### ・口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ

算定要件 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算また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のみ算定可能

- (1) Ⅰの要件にある(1)または(2)に適合すること

※6ヶ月に1回を限度

1割負担：5円/回      2割負担：10円/回      3割負担：15円/回

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

## ○口腔機能向上加算

### ・口腔機能向上加算Ⅰ

※1月2回まで原則3ヵ月

1割負担：150円/1回      2割負担：300円/1回      3割負担：450円/1回

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、個別的に口腔清掃の指導・実施・摂食・嚥下機能に関する訓練・口腔機能改善管理指導計画の作成・定期的な記録・口腔ケアの進捗状況を定期的に評価していきます。（評価結果、改善せず必要と認められる利用者には引き続き算定可能）

### ・口腔機能向上加算Ⅱ（イ）

※1月2回まで原則3ヵ月

1割負担：155円/1回      2割負担：310円/1回      3割負担：465円/1回

### ・口腔機能向上加算Ⅱ（ロ）

※1月2回まで原則3ヵ月

1割負担：160円/1回      2割負担：320円/1回      3割負担：480円/1回

Ⅰの取り組みに加え、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。

## ○移行支援加算

1 割負担：12円／日      2割負担：24円／日      3割負担：36円／日

### 算定要件

- (1) リハビリテーション修了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。
- (2) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。）のうち、指定 通所介護、指定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組を実施した者の占める割合が100分の3を超えていること。
- (3) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、通所リハビリテーションの提供を終了した者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し記録すること。
- (4) 12月を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること。

## ○退院時共同指導加算

1 割負担：600円／回      2割負担：1,200円／回      3割負担：1,800円／回

### 算定要件

- (1) 病院又は診療所から退院するに当たり、リハビリ事業所の医師・PT・OT・ST が退院カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該退院につき1回限り算定。

## ○通所リハ科学的介護推進体制加算

1 割負担：40円／月      2割負担：80円／月      3割負担：120円／月

### 算定要件

- (1) 入所者・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こと。
- (2) 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用していること。

## ○中重度者ケア体制加算

1 割負担：20円／日      2割負担：40円／日      3割負担：60円／日

### 算定要件

- (1) 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- (2) 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が3以上である者の占める割合が100分の30以上である

こと。

- (3) 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上確保していること。

### ○重度療養管理加算

要介護3、要介護4又は要介護5であって、別に厚生労働大臣が定める状態（下記参照）であるものに対して医療管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合

1割負担：100円／日      2割負担：200円／日      3割負担300円／日

別に厚生大臣が定める状態

- ・ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ・ 呼吸障害等により人工呼吸を使用している状態
- ・ 中心静脈注射を実施している状態
- ・ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症
- ・ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ・ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストマーの処置を実施している状態
- ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ・ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- ・ 気管切開が行われている状態

### ○介護職員等処遇改善加算

別に厚生大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施する為の加算

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から8.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から8.3%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から6.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から5.3%

### ○送迎を行わない場合

▲47単位／片道

## 6. 利用料金（予防）

### (1) 基本料金

- 施設利用料（介護保険制度では、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）

- 要支援1・

1割負担：2,268円      2割負担：4,536円      3割負担：6,804円

- 要支援2・

1割負担：4,228円      2割負担：8,456円      3割負担：12,684円

- サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

※（介護福祉士が70%以上配置、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上）

要支援1（1月につき）

1割負担：88円      2割負担：176円      3割負担：264円

要支援2（1月につき）

1割負担：176円      2割負担：352円      3割負担：528円

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

※（介護福祉士が50%以上配置してあること）

要支援1（1月につき）

1割負担：72円      2割負担：144円      3割負担：216円

要支援2（1月につき）

1割負担：144円      2割負担：288円      3割負担：432円

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

※（介護福祉士が40%以上、又は勤続7年以上の者が30%以上配置）

要支援1（1月につき）

1割負担：24円      2割負担：48円      3割負担：72円

要支援2（1月につき）

1割負担：48円      2割負担96円      3割負担144円

・生活行為向上リハビリテーション実施加算

(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)

1割負担：562円/月 2割負担：1,124円/月 3割負担：1,686円/月

算定要件

- (1) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、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、指定通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援した 場合には加算する。
- (2) 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こと。
- (3) 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こと。
- (4) 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定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、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告すること。

※生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後の翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

※生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定し、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、指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定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、同一の利用者に対して、指定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月間に限り減算する。

・栄養改善加算

1割負担：200円/1回 2割負担：400円/1回 3割負担：600円/1回

低栄養状態の改善などを目的として、栄養ケア計画の作成、定期的な記録、栄養ケアの進捗状況を定期的に評価していきます。(評価結果、改善せず必要と認められる利用者には引き続き算定可能) ※1月2回まで原則3ヵ月

栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて居宅を訪問する。

※居宅訪問は管理栄養士が行う。

・栄養アセスメント加算

1割負担：50円/月 2割負担：100円/月 3割負担：150円/月

算定要件

- (1) 事業所の従業者または外部(※)との連携により管理栄養士を1名以上配置する。
- (2) 管理栄養士と他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、結果を利用者・家族に説明する。



(3)利用者後との栄養状態などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用する。

※他の介護事業所、医療機関、介護保健施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保健施設については、常勤で1以上または栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

## ○口腔機能向上加算

### ・口腔機能向上加算Ⅰ

※1月2回まで原則3ヵ月

1割負担：150円／1回      2割負担：300円／1回      3割負担：450円／1回

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、個別的に口腔清掃の指導、実施・摂食、嚥下機能に関する訓練・口腔機能改善管理指導計画の作成・定期的な記録・口腔ケアの進捗状況を定期的に評価していきます。（評価結果、改善せず必要と認められる利用者には引き続き算定可能）

### ・口腔機能向上加算Ⅱ

※1月2回まで原則3ヵ月

1割負担：160円／1回      2割負担：320円／1回      3割負担：480円／1回

Ⅰの取り組みに加え、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。

## ○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

算定要件 ※以下の（１）、（２）いずれにも適合すること。又、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

(1)利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供する

(2)利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の栄養状態について確認し、ケアマネジャーに情報を提供する

※6ヵ月に1回を限度

1割負担：20円／回      2割負担：40円／回      3割負担：60円／回

### ・口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ

算定要件 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算また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のみ算定可能

Ⅰの要件にある（１）または（２）に適合すること

※6ヶ月に1回を限度

1割負担：5円／回      2割負担：10円／回      3割負担：15円／回

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当

該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

・予防通所リハ科学的介護推進体制加算

1割負担：40円／月      2割負担：80円／月      3割負担：120円／月

算定要件

- （１）入所者・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こと。
- （２）必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用していること。

・選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）

運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上のうち2つを行っている。

1割負担：480円／月      2割負担：960円／月      3割負担：1,440円／月

・選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）

運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上の全てを行っている。

1割負担：700円／月      2割負担：1,400円／月      3割負担：2,100円／月

算定要件

- （１）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ること。
- （２）利用者が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、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。
- （３）栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。

・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の希望を踏まえた介護サービスを提供します  
1月につき

1割負担：240円      2割負担：480円      3割負担：720円

・介護職員等処遇改善加算

別に厚生大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施する為の加算

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から8.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から8.3%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	毎月の利用料の内、保険自己負担分から6.6%

## ・長期利用に対する減算

※利用開始の属する月から12月を超える長期利用の場合減算されます。

ただし、3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から状況等に関する情報を構成員と共有し、会議の内容を記録するとともに、計画書を見直していること。また、利用者ごとの計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、提供に当たって、情報をその他のリハビリテーションの適正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は減算を行わない。

要支援1：120単位/月減算

要支援2：240単位/月減算

## ・退院時共同指導加算

1割負担：600円/回      2割負担：1,200円/回      3割負担：1,800円/回

## 算定要件

(1) 病院又は診療所から退院するに当たり、リハビリ事業所の医師・PT・OT・STが退院カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該退院につき1回限り算定。

## ○その他の料金

①食費 450円/1食

②日用生活費 100円/日

石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、タオル、バスタオルやおしぼり等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その他の費用

診断書等の文書の発行 1,000円

## ○支払い方法

- ・毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の25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、施設事務窓口での現金でのお支払いか、銀行引き落とし等の方法があります。利用契約時にご相談ください。

## 7. 協力医療機関等

当施設では、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 琉心会 勝山病院

・住所 名護市字屋部468番地の1

## ・協力歯科医療機関

・名称 まきや歯科

・住所 名護市大東1丁目18番11号

## ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 8. 緊急時の対応

通所利用時中に利用者の心身の状態が急変した場合、天災等の緊急事項が発生した場合など、当施設が緊急時と判断した場合、当施設は利用者及び身元引受人が指定する方に対し連絡するとともに、適切な対応に努めます。

## 9. 事故発生時の対応

利用者に対する事故などの関しては、当施設に起因する原因の有無にかかわらず、利用者及び身元引受人に経緯説明するとともに、事後の対応に関しても最善を努めます。

## 10. 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摂取していただくこととする。食費は利用料として規定されるものであるが、施設は利用者の心身の状態に影響を与え栄養状態の管理をサービス内容としているため、食事内容の管理・決定できる権限を委任いただくこととする。

### ・飲酒・喫煙

イ) 施設内での飲酒は禁止となっております。

ロ) 施設内は禁煙となっております。

### ・所持品・備品等の持ち込み

イ) 電化製品の持ち込みは原則としてご遠慮願います。是非、必要な製品については、施設に申し出てください。

ロ) 衣類、帽子、靴、杖等の私物については、必ず名前を記入してください。

### ・金銭・貴重品の管理

イ) お金や貴重品の紛失・損失については責任を負いかねますので、お持ち込にならないようにお願いします。

### ・ペットの持ち込み

イ) ペットの施設建物内への持ち込みはご遠慮ください。

## 11. 非常災害対策

・防災設備      スプリンクラー、消火器、消火栓

・防災訓練      年2回

## 12. 禁止事項

当施設では、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。

## 13. 要望及び苦情等の相談

- ①当施設には、支援相談の専門員として支援相談員が勤務しています。お気軽にご相談下さい。要望や苦情なども、支援相談担当にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。または、備え付けの用紙で「意見箱」に投函してください。

連絡先：TEL0980-53-0999

内線508      （地域連携室）

②オンブズマン制度も導入しておりますのでご相談いただくこともできます。（別紙１参照）

事業所は事業サービスの提供に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、本運営規程の概要、職員の勤務体制その他利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した同意する旨の文書を交付し署名（記名捺印）を受けることとする。

オンブズマンチーム『なごみ』（２名） 代表：島袋安行	
オンブズマンの名称	島 袋 安 行 （臨床心理士）
所在地	名護市豊原１９９番地
電話番号	０９８０－５５－２３７６
FAX	
受付時間	午前９時～午後５時
オンブズマンの名称	宮 里 猛 （弁護士）
所在地	那覇市久茂地 3-22-1 日高ビル４階
電話番号	０９８－８６１－７０７１
FAX	０９８－８６１－７１７８
受付時間	午前９時～午後５時

## 個人情報の利用目的

(令和3年4月1日現在)

介護老人保健施設あけみおの里では、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〕

- ・ 当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当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〕

- ・ 当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】

#### 〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・ 当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
  - ―当施設において行なわれる学生の実習への協力
  - ―当施設において行なわれる事例研究

#### 〔他の事業所等への情報提供に係る利用目的〕

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
  - ―外部監査機関への情報提供

# 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

医療法人 琉心会  
介護老人保健施設あけみおの里  
管 理 者

## 【利用者】

フリガナ		
氏 名	印	明・大・昭 年 月 日生( 歳)
住 所	〒	
電話番号		

## 【身元引受人】

フリガナ			
氏 名	印	続柄：	明・大・昭 年 月 日 生( 歳)
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	
勤務先名		電話番号	

## 【支払責任者】

フリガナ			
氏 名	印	続柄：	明・大・昭 年 月 日 生( 歳)
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	
勤務先名		電話番号	

極度限度額 100、000 円

## 【連帯保証人】

フリガナ			
氏 名	印	続柄：	明・大・昭 年 月 日 生( 歳)
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	
勤務先名		電話番号	

極度限度額 100、000 円

介護老人保健施設あけみおの里介護（予防）通所リハビリテーション利用約款に基づき、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、介護施設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支払責任者及び連帯保証人と共に契約いたします。なお支払い保証の履行の上限額は、上記極度額までとします。

記

1. 介護老人保健施設あけみおの里の諸規定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、介護老人保健施設あけみおの里に対し一切ご迷惑をかけません。