老人保健施設フレンド
通所リハビリテーションサービス利用約款

(約款の目的)

第1条　老人保健施設フレンド（以下「当施設」という。）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、通所リハビリテーションを提供し、利用者および利用者を扶養する者（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、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条　本約款は、利用者が「老人保健施設フレンド通所リハビリテーション利用に関する契約書および利用者の情報提供に関する同意書」を当施設に提出したときから効力を有します。ただし、身元引受人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、別紙１および別紙２の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の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。

(身元引受人)

第3条　利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

①　行為能力者（民法第２０条第１項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。

②　弁済をする資力を有すること。

2　身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額80万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

3　身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。

①　利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。

②　入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができます。

4　身元引受人が第１項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第１項但書の場合はこの限りではありません。

5　身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(利用者からの解除)

第4条　利用者および身元引受人は、当施設に対し、利用中止の意思表明をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本約款にもとづく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、この場合利用者および身元引受人は、速やかに当施設およ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。

ただし、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、基本料金およ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5条　当施設は、利用者および身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款にもとづく通所リハビリテーションの利用を解除・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を超える場合。
③ 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の提供を超えると判断された場合。
④ 利用者および身元引受人が、本約款に定める利用料金を 2 か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず 7 日間以内に支払われない場合。
⑤ 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、当施設を利用していただくことができない場合。

2　利用者が、当施設、当施設の職員または他の利用者に対して、以下のいずれかに該当する行為を行い、安全なサービス提供または施設運営の継続が困難であると当施設が判断した場合、当施設は利用契約を解除することができます。

① 暴力・危険行為に関するもの
・職員または他の利用者に対する暴力、暴力未遂、身体的危害を加える行為
・「殺す」「刺す」などの脅迫、威嚇、危険な言動
・刃物その他の凶器となり得る物品を持ち込み、または使用しようとした場合
・医療機器・介護機器を故意に破壊し、または危険な使用を行った場合

② ハラスメント行為（カスタマーハラスメントを含む）
・暴言、侮辱、人格否定、差別的発言、威圧的態度など、職員の尊厳を損なう言動
・社会通念上相当な範囲を超える要求、執拗なクレーム、長時間の拘束行為
・職員の業務遂行に対する不当な干渉、強要、妨害行為
・家族等による同様のハラスメント行為

③ 他利用者の安全・療養環境を脅かす行為
・他利用者に対する暴言、暴力、威嚇、迷惑行為
・共同生活の秩序を著しく乱し、療養環境を損なう行為
・感染症対策や施設ルールに故意に従わず、他利用者の健康を脅かす行為
④ 施設運営・医療安全を著しく妨げる行為
・職員の業務を妨害する行為
・医療・介護行為の安全な実施を妨げる行為
・施設設備・備品を故意に破損する行為
⑤ 改善が見られない場合
・上記の行為について当施設が注意・指導を行ったにもかかわらず、改善が見られない場合
⑥ 即時対応が必要な場合（即時利用停止・契約解除）
・生命・身体の安全に関わる重大な行為があった場合、または再発のおそれが高いと判断される場合には、事前の注意・指導を行わず、即時に利用停止または契約解除を行うことができるものとします。

(利用料金)
第6条　利用者および身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款にもとづく通所リハビリテーションの対価として、別紙 2 の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および利用者が個別に利用したサービスの提供にともな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、利用者および身元引受人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請　求書および明細書を毎月10日までに送付し、利用者および身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします。なお、支払の 方法は原則、伊予銀行の口座からの自動引き落としとします。自動引き落としでのお支払いが難しい場合は、別途話合いの うえ、双方合意した方法によります。

(記録)
第7条　当施設は、利用者の通所リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後 5 年間は保管します。
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。ただし、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8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。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性）は、施設管理者または施設長が判断し、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および時間、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。また、身元引受人等に早急に連絡をし、その了解を得ることとします。(H18 年 10 月 26 日追記)

(秘密の保持)

第9条　　当施設とその職員は、業務上知り得た利用者または身元引受人若しくはその 家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、以下についての情報提供については、当施設は、利用者および身元引受人から、あらかじめ同意を得たうえで行うこととします。

・介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

2　前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱とします。

(緊急時の対応)

第10条　当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により病院での診療が必要　と認める場合、協力医療機関また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。(H18 年 10 月 26 日変更)

2　前項のほか、通所リハビリテーション利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者および身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

3　サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅支援事業者等に対して連絡を行います。事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。(H16 年 9 月 15 日追記)

(事故発生時の対応)

第11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。

(要望または苦情等の申出)

第12条　利用者および身元引受人は、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または苦情等について、担当支援相談員等に申し出ることができます。または、設置している「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。その場合は、備付けの用紙をご利用いただいて結構です。

苦情受付担当者：支援相談員　三好　盛也

電話：0893-23-5100　　受付時間：午前8時30分～午後5時（土・日除く）

その他、当事業所以外に下記の相談窓口に苦情を申し出ることができます。

関係機関	担当窓口	受付時間	電話番号	FAX番号
愛媛県国民健康保険団体連合会	業務管理課 介護福祉室	午前8時30分～午後5時15分	089-968-8700	089-968-8717
大洲市役所	高齢福祉課	午前8時30分～午後5時15分	0893-24-1714	0893-24-0961
内子町役場	保健福祉課	午前8時30分～午後5時15分	0893-44-6154	0893-44-4116

(賠償責任)

第13条　通所リハビリテーションの提供にともなって当施設の責め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　利用者の責めに帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者および身元引受人は、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14条　この約款に定められていない事項は、介護保険法その他法令に定めるところにより、利用者また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。

＜別紙１＞

老人保健施設フレンド　通所リハビリテーションのご案内

１．施設の概要

（1）施設の名称等

・施設名　　老人保健施設フレンド
・開設年月日　　平成９年８月 21 日
・所在地　　愛媛県大洲市東大洲 39 番地
・電話番号　　0893－23－5100　　・ファックス番号 0893－23－5075
・管理者名　　宍戸　豊史
・介護保険指定番号　　介護老人保健施設（ 3857780393 号）

（2）事業の目的

老人保健施設フレンドが行う通所リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、利用者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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

（3）運営方針

①通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。

②通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示および通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行います。

③通所リハビリテーションの提供に当たり、常に利用者の状態を的確に把握し、療養上必要な事項に関する指導・説明については、懇切丁寧に行います。

④利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

（4）施設の職員体制　　（令和８年８月１日現在）

職種	員数	職務の内容
管理者 (施設長)	1	・従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う ・従業者に各種規程を遵守させるために必要な指揮命令を行う
医師	１以上 (施設長兼務)	・利用者の健康管理、保健衛生指導等を担当する ・利用者のケアプランの検討と実施に関すること ・その他
看護職員	１以上	・医師の指示にもとづく利用者の健康管理に関すること ・利用者の日常生活の介護、支援および家族に対する指導に関すること ・利用者の保健衛生に関すること ・利用者のケアプランの検討と実施に関すること ・その他
介護職員	４以上	・利用者の日常生活の介護、支援に関すること ・利用者のケアプランの検討と実施に関すること ・その他
支援相談員	1(兼務)	・利用者の生活、行動プログラムの企画、対外連絡並びに利用者および家族の支援相談に関すること ・利用者の通所リハビリテーション計画の検討と実施に関すること ・その他
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	１以上	・利用者の機能回復訓練ならびに日常生活動作能力の改善に関すること ・利用者のケアプランの検討と実施に関すること ・その他
管理栄養士	１以上	・医師の指示による利用者の栄養摂取量の調整および栄養指導に関すること ・給食献立表の作成および調理実務指導に関すること ・給食材料の食品栄養分析ならびに給食の改善に関すること ・調理室および食品、器具什器累の保全と衛生管理に関すること ・給食内容等の記録作成に関すること ・利用者の食事摂取状況の点検記録と嗜好調査の計画実施に関すること ・給食員への保健衛生の指導に関すること ・利用者のケアプランの検討と実施に関すること ・その他
運転手	１以上	・通所リハビリテーション利用者の送迎 ・その他

※職員は、必要に応じて増員します

（5）利用定員および営業日等

利用定員	60 名（平成 15 年 4 月 1 日施行）
営業日	元旦・日曜日以外
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時
サービス提供時間	午前 9 時 30 分から午後 4 時 40 分
通常の事業実施地域	大洲市・内子町

２．サービス内容

① 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） 昼食 11 時 30 分 ～ 12 時 30 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入浴介助を行い、あるい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 介護
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 行政手続代行
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．協力医療機関等

当施設の医療機関、歯科医療機関は下記の通りです。

・協力医療機関

名称　　加戸病院
住所　　喜多郡内子町内子 771 番地

・協力歯科医療機関

名称　　兵藤歯科医院
住所　　大洲市東大洲 84 番地 3

◇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。

４．通所リハビリテーション利用にあたっての留意事項

⑴ 飲酒・喫煙

○ 飲酒・喫煙は原則禁止しております。

⑵ 設備・備品の利用

○ 施設の設備・備品を使用する際には破損しないようお気を付けください。

⑶ 所持品・備品等の持ち込み

○ 私物は紛失しないように、ご自分で管理してください。
○ご自分で管理することが難しい方は施設で管理いたします。

⑷ 金銭・貴重品の管理

○ 金銭・貴重品は極力持ち込まないようにお願いいたします。
○ 持ち込まれた場合は、紛失等のトラブル防止のため、事務所でお預かりいたしますので、お申し出ください。

５．非常災害対策

⑴防災設備　　スプリンクラー、消火器、消火栓

⑵防災訓練　　年２回

６．禁止行為

当施設では、多くの方に安心して通所リハビリテーションを利用していただくために、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．要望および苦情の相談

要望や苦情などは、支援相談員にご相談ください。または、玄関・夜間通用口・２階・４階に備えつけられた用紙に記入し「ご意見箱」に入れていただくか、職員に直接お申し出いただくこともできます。

８．その他

ご不明な点がございましたら、支援相談員にご相談ください。

＜別紙２＞

通所リハビリテーションについて

１．介護保険証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

２．通所リハビリテーションの概要

通所リハビリテーションは、要介護者および要支援者の自宅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、作業療法その他必要なリハビリテーションまたはレクリエーションを行い、利用者の心身の機能の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および理学療法士・作業療法士その他主に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、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・身元引受人（ご家族）のご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

（１）基本料金　　（R8 年 6 月 1 日施行）

（介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。以下に記載する利用料金は、自己負担割合１割の額となります。）

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によって利用料が異なります。）

（通常規模型　通所リハビリテーション費Ⅰ）

（前年度１か月当たり平均利用者延べ数 750 人以内）

［ １時間以上２時間未満 ］

（個別リハビリテーションを 20 分以上実施する場合に限ります）

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護１	3,690 円	369 円
・要介護２	3,980 円	398 円
・要介護３	4,290 円	429 円
・要介護４	4,580 円	458 円
・要介護５	4,910 円	491 円

［ ２時間以上３時間未満 ］（厚生労働大臣が定めた条件に適合する場合に限ります）

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護１	3,830 円	383 円
・要介護２	4,390 円	439 円
・要介護３	4,980 円	498 円
・要介護４	5,550 円	555 円
・要介護５	6,120 円	612 円

［ 3 時間以上 4 時間未満 ］

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護 1	4,860 円	486 円
・要介護 2	5,650 円	565 円
・要介護 3	6,430 円	643 円
・要介護 4	7,430 円	743 円
・要介護 5	8,420 円	842 円

［ 4 時間以上 5 時間未満 ］

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護 1	5,530 円	553 円
・要介護 2	6,420 円	642 円
・要介護 3	7,300 円	730 円
・要介護 4	8,440 円	844 円
・要介護 5	9,570 円	957 円

［ 5 時間以上 6 時間未満 ］

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護 1	6,220 円	622 円
・要介護 2	7,380 円	738 円
・要介護 3	8,520 円	852 円
・要介護 4	9,870 円	987 円
・要介護 5	11,200 円	1,120 円

［ 6 時間以上 7 時間未満 ］

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護 1	7,150 円	715 円
・要介護 2	8,500 円	850 円
・要介護 3	9,810 円	981 円
・要介護 4	11,370 円	1,137 円
・要介護 5	12,900 円	1,290 円

［ 7 時間以上 8 時間未満 ］

	（保険対象費用総額）	（利用者負担額）
・要介護 1	7,620 円	762 円
・要介護 2	9,030 円	903 円
・要介護 3	10,460 円	1,046 円
・要介護 4	12,150 円	1,215 円
・要介護 5	13,790 円	1,379 円

（入浴介助加算Ⅰ）

保険対象費用総額：400 円　　利用者負担額：40 円

※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、介助を行った場合。

（入浴介助加算Ⅱ）

保険対象費用総額：600 円　　利用者負担額：60 円

※医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価し、この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行った場合。

※当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成した場合。

※上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行った場合。

●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。

（短期集中個別リハビリテーション実施加算）

保険対象費用総額：1,100 円　　利用者負担額：110 円

※退院・退所後または認定日から 3 か月以内に個別リハビリテーションを集中的に実施した場合。

（中重度者ケア体制加算）

保険対象費用総額：200 円　　利用者負担額：20 円（1 日につき）

※中重度（要介護度 3・4・5）の方を受け入れる体制を整え、指定通所リハビリテーションを行った場合。

（サービス提供体制強化加算Ⅱ）

保険対象費用総額：180 円　　利用者負担額：18 円

※介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上配置した場合。

（介護職員等処遇改善加算Ⅰロ）　111／1000 単位

※当月算定された法定給付サービス（加算を含む）の 111／1000 に相当する単位数を加算。

（リハビリテーション提供体制加算）

※所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

保険対象費用総額：200 円　　利用者負担額：20 円

※所要時間 7 時間以上の場合

保険対象費用総額：280 円　　利用者負担額：28 円

（科学的介護推進体制加算）

保険対象費用総額：400 円　　利用者負担額：40 円

※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た場合。

※必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合。

（口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ）

保険対象費用総額：200 円　　利用者負担額：20 円

※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た場合。(6 月に 1 回を限度)

（口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ）

保険対象費用総額：50 円　　利用者負担額：5 円

※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、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。

（重度療養管理加算）

保険対象費用総額：1,000 円　　利用者負担額：100 円

※要介護度 3・4・5 の方で別に厚生労働大臣が定める状態の方に計画的な医学管理のもとに指定通所リハビリテーションを行った場合。

（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：保険対象費用総額：5,600 円／月　　利用者負担額：560 円／月

開始日から 6 月超　：保険対象費用総額：2,400 円／月　　利用者負担額：240 円／月

（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：保険対象費用総額：5,930 円／月　　利用者負担額：593 円／月

開始日から 6 月超　：保険対象費用総額：2,730 円／月　　利用者負担額：273 円／月

（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：保険対象費用総額：7,930 円／月　　利用者負担額：793 円／月

開始日から 6 月超　：保険対象費用総額：4,730 円／月　　利用者負担額：473 円／月

※上記イ・ロ・ハの説明に際し、医師が利用者又はその家族に説明した場合

：保険対象費用総額：2,700 円／月　　利用者負担額：270 円／月

（認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ）

保険対象費用総額：2,400 円　　利用者負担額：240 円

（週に 2 日を限度として個別にリハビリテーションを実施）

（認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ）

保険対象費用総額：19,200 円／月　　利用者負担額：1,920 円／月

（1 か月に 4 回以上リハビリテーションを実施）

※認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院（所）または通所開始日から 3 か月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。

（若年性認知症利用者受入加算）

保険対象費用総額：600 円　　利用者負担額：60 円

※若年性認知症利用者を受け入れた場合。

（退院時共同指導加算）　1 回につき

保険対象費用総額：6,000 円　　利用者負担額：600 円

※事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合

(栄養改善加算)

保険対象費用総額：2,000 円　　利用者負担額：200 円

※栄養ケア計画を作成した場合（1 か月に 2 回を限度に、原則 3 か月間）

(栄養アセスメント加算)

保険対象費用総額：500 円／月　利用者負担額：50 円／月

※当該事業所の従業者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場合。

※利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、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て対応した場合。

※利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、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た場合。

(口腔機能向上加算Ⅰ)

保険対象費用総額：1,500 円　　利用者負担額：150 円

※ 口腔機能が低下している、またはそのおそれのある利用者に対し、改善のための計画書を作成した場合（1 か月に 2 回を限度に、原則 3 か月間）

(口腔機能向上加算Ⅱイ)

保険対象費用総額：1,550 円　　利用者負担額：155 円

※（口腔機能向上加算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た場合。

(口腔機能向上加算Ⅱロ)

保険対象費用総額：1,600 円　　利用者負担額：160 円

※リハビリテーションマネジメント加算のハを算定の場合は（Ⅱ）イを、リハビリテーションマネジメント加算ハの算定なしの場合は（Ⅰ）かⅡ（ロ）を算定可能。

(感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算)

3／100 単位

※当月算定された法定給付サービス（加算を含む）の 3／100 に相当する単位数を加算。

（2）その他の料金（1 日あたり）　　(R8 年 8 月 1 日施行)

①食費　　昼食　　740 円

②日用品費　　150 円

(ボディソープ、シャンプー、タオルなどの費用であり、施設提供の場合はご請求させていただきます。利用者が全てをご用意いただく場合は請求しません。)

③　オムツ代　　実費

（3）支払方法

・毎月 10 日までに、前月の分の請求書を発行します。

・お支払方法は、原則として伊予銀行からの自動引き落としでお願いいたします。自動引き落としでのお支払いが難しい場合は、ご相談ください。

付　則
この約款は、平成12年4月1日から施行する。

～中略～

付　則
この約款は、令和6年6月1日から一部変更して施行する。
付　則
この約款は、令和8年6月1日から一部変更して施行する。
付　則
この約款は、令和8年8月1日から一部変更して施行する。