（２０２６年０６月０１日更新）

医療法人社団愛友会　介護老人保健施設あげお愛友の里

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

利　用　約　款

（約款の目的）

第１条　介護老人保健施設あげお愛友の里（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（介護予防通所リハビリテーション）を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、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、利用者が通所リハビリテーション及び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、利用者の身元引受人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

２　利用者は、第４条又は第５条による解除がない限り、前項に定める事項の他、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（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。但し、本約款、別紙１、別紙２（本項において「本約款等」といいます）の改定が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

（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７０万円の範囲内で、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　通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、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及び介護予防サービス計画にかかわらず、本約款に基づく通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション利用を解除することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、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（本条第２項の場合も同様とします）。

２　身元引受人も前項と同様に通所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

３　利用者又は身元引受人が正当な理由なく、通所リハビリテーション及び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及び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及び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 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３０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及び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 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の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 第３条第４項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな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く。

⑦ 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、当施設を利用させることができない場合

⑧ 利用者の何らかの理由（入院等）で、３ヶ月連続で休止した場合

（利用料金）

第６条　利用者及び身元引受人は、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及び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、重要事項説明書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。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

２　当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは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及び明細書を、毎月１５日までに送付し、所定の方法により交付する。利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末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。

３　当施設は、利用者又は身元引受人から、１項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

（記録）

第７条　当施設は、利用者の通所リハビリテーション及び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、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

３　当施設は、身元引受人が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

４　前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。

５　当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

（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。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９条　当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を別紙２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　居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター等との連携
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）
⑥　介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会での事例研究発表等
　但し、発表時には利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守します。

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。

３　個人情報の利用目的の変更が生じた場合は、速やかに利用者又は身元引受人へ変更事由を通知し、同意を得たうえで適正に取り扱うこととします。

（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、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービス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、身元引受人又は利用者若しくは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、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しく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。

（要望又は苦情などの申出）

第１２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及び介護予防通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情などについて、申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛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。

２　サービス内容に関する苦情は、市及び県に置かれる国民健康保険団体連合会でも受け付けており、電話での相談も可能です。

上尾市役所　高齢介護課
住所：埼玉県上尾市本町三丁目１－１
電話：０４８（７７５）５１１１　（代表）

桶川市役所　高齢介護課
住所：埼玉県桶川市泉１－３－２８
電話：０４８（７８６）３２１１　（代表）

伊奈町役場　福祉課　介護保険管理係
住所：埼玉県北足立郡伊奈町大字小室９４９３
電話：０４８（７２１）２１１１　（代表）

埼玉県国民健康保険団体連合会　介護保険課　苦情対応係
住所：埼玉県さいたま市中央区下落合１７０４番地（国保会館）
電話：０４８（８２４）２５６８　（介護保険課　代表）

（賠償責任）

第１３条　通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービス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。

（虐待・身体拘束の防止について）

第１４条　当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

２　虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

３　虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。

４　従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。

５　当施設はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

６　サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

７　虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

虐待防止担当者・責任者：管理者　大塚　一寛

（衛生管理について）

第１５条　当施設は感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

２　従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

３　当施設の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

４　当施設における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

５　当施設における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

６　従業者等に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

（業務継続に向けた取組の強化について）

第１６条　感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

２　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

３　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

（ハラスメント）

第１７条　当施設は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

２　当施設内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

①　身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

②　個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③　意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

④　優位的地位の乱用（顧客や消費者として優遇を求める言動）

⑤　不当・過剰・法外な要求・社会通念上相当の模範を超える対応の強要・コンプライアンス違反の強要

⑥　職務妨害行為（就業環境または業務推進阻害行為）

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

３　ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。

４　従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

５　ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

（利用契約に定めのない事項）

第１８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。

（裁判管轄）

第１９条　この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は利用者及び施設は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを合意いたします。

重　要　事　項　説　明　書

（２０２６年０６月０１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　あげお愛友の里
- 開設年月日　　平成４年９月３０日
- 所在地　　埼玉県上尾市西門前字南前６３６番地
- 電話番号　　０４８－７７２－７７１１
- ファックス番号　　０４８－７７２－７８４３
- 管理者名　　大塚　一寛
- 介護保険指定番号　　介護老人保健施設（　１１５１６８００１６号）

（２）介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、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することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、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、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護や通所リハビリテーション及び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。

［介護老人保健施設あげお愛友の里の運営方針］

当施設は、私達は地域包括ケアシステムの一施設として、高齢者が住み慣れた地域で、その人がその人らしく生活できるために、質の高いサービスを提供し支援します。そして、地域住民の多くの笑顔に出会えることを喜びとします。

当施設は、

① 高齢者の自立支援
② 利用者の家庭復帰
③ 家庭的な雰囲気
④ 地域・家庭との結びつき　を追求していきます。

（３）施設の職員体制

	常　勤	非常勤	業　務　内　容
・医　　師	2	0.5	利用者の病状及び心身の状況に応じ日常的な医学的対応を行う
・看護職員	1	1	検温、血圧測定の医療行為のほか、サービス計画に基づく看護を行う
・介護職員	11	3.8	サービス計画に基づく介護を行う
・支援相談員	5	0	利用者及び家族等からの相談支援及び各種連携業務を行う
・理学療法士	4	0.65	リハビリテーション計画の作成やリハビリテーションの実施指導を行う
・作業療法士	2.75	0	理学療法士に同じ

・言語聴覚士	1.5	0	理学療法士に同じ
・管理栄養士	3	0	栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理を行う
・事務職員	8	2.2	必要な事務を行う
・リハ助手	1	0.75	リハビリテーションの補助を行う
・介護助手		0.6	掃除や見守りなどの補助的な業務を行う

（4）通所定員　　５９名

2．サービス内容

① 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション計画の立案
② 食事　　昼食　１２時００分～　おやつ　１５時００分～**（※1 時間以上 2 時間未満利用者を除く）**
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。）
（※1 時間以上 2 時間未満利用者を除く）
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 相談支援サービス
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 利用者が選定する特別な食事の提供
⑩ 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及び介護予防サービス計画で定められた通所リハビリテーション及び介護予防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）
⑪ 行政手続代行
⑫ 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　　上尾中央総合病院
　・住　所　　埼玉県上尾市柏座 1-10-10
　・電　話　　０４８－７７３－１１１１（代表）
・協力歯科医療機関
　・名　称　　彩の国東大宮メディカルセンター
　・住　所　　埼玉県さいたま市北区土呂町 1522
　・電　話　　０４８－６６５－６１１１（代表）

◇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．施設利用に当たっての留意事項

＜食事について＞

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。
なお短時間通所リハビリテーションでは、食事の提供はございません。

＜飲酒・喫煙について＞

施設内は、喫煙・飲酒は原則禁止しております。ご協力をお願いします。

＜火気の取り扱いについて＞

火気の取り扱いについて全館禁止となっております。ご協力をお願いたします。

＜設備・備品の利用について＞

施設内設備及び備品を施設外へ無断で持ち出さないようお願いします。

＜所持品・備品等の持ち込みについて＞

危険物（火気発生物・刃物等）の持ち込みは禁止しております。その他特別な所持品等の持ち込みについては、その都度ご相談のうえ、届け出をしてください。届け出がなく紛失の場合は当施設で責任を負いかねます。

＜金銭・貴重品の管理について＞

高額な金銭及び貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。紛失の場合は当施設で責任を負いかねます。施設管理希望される方はご相談ください。

＜宗教活動について＞

他入所者への迷惑行為とならない信仰活動をお願いします。（音,声を控える。集団での活動をしないなど）

＜ペットの持ち込みについて＞

施設内へのペットの持ち込みは禁止させていただきます。なお、施設外でのペットとの面会等は可能ですが、面会後の衛生管理等の指導に従っていただきますようお願いします。

５．非常災害対策

・防災設備　　スプリンクラー設備、消火器具、自動火災報知設備、非常警報設備、非難器具、誘導等、防排煙制御設備、自動発電設備
・防災訓練　　年２回実施

６．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。

７．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。要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ速やかに対応いたしますので、お気軽にご相談ください。

苦情対応担当者：支援相談員
電話：０４８（７７２）７７１１　（代表）

苦情対応責任者：施設長　大塚　一寛
電話：０４８（７７２）７７１１　（代表）

また、窓口に備えつけられた「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。

（2） 外部の第三者機関にも苦情相談窓口が設けており、要望及び苦情などの相談を受け付けております。

① 上尾市役所　介護保険課
住所：埼玉県上尾市本町三丁目 1-1
電話：０４８－７７５－５１１１　（代表）

② 桶川市役所　高齢介護課
住所：埼玉県桶川市泉１－３－２８
電話：０４８－７８６－３２１１　（代表）

③ 伊奈町役場　福祉課　介護保険管理係
住所：埼玉県北足立郡伊奈町大字小室９４９３番地
電話：０４８－７２１－２１１１　（代表）

④ 埼玉県国民健康保険団体連合会　介護保険課苦情対応係
住所：埼玉県さいたま市中央区下落合１７０４番地（国保会館）
電話：０４８－８２４－２５６８　（介護保険課　代表）

８．その他

当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。

＜別紙１＞

重　要　事　項　説　明　書

（２０２６年０６月０１日現在）

１．介護保険証及び介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合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及び介護予防通所リハビリテーションサービス

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションについては、要介護者（介護予防においては要支援者）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計画及び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、作業療法士その他専ら通所リハビリテーション及び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、通所リハビリテーション計画及び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・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人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。

◇医療：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇リハビリテーション：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

◇栄養管理：

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

◇生活サービス：

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

３．利用料金

⑴　基本料金

①施設利用料（介護保険制度では、要介護の程度および介護保険負担割合証、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１割の自己負担分です（　　）は2割負担分です。【　　】は3割負担分です。）

通所リハビリテーションサービス費（大規模型通所リハビリテーション）

［6時間以上7時間未満］　サービス提供時間　9時45分から16時00分

※大規模事業所に該当するため以下の金額です

・要介護１	６７５円（１３５０円）【２０２５円】
・要介護２	８０２円（１６０４円）【２４０６円】
・要介護３	９２６円（１８５２円）【２７７８円】
・要介護４	１０７７円（２１５４円）【３２３１円】
・要介護５	１２２４円（２４４８円）【３６７２円】

［１時間以上２時間未満］　サービス提供時間　９時４５分から１１時００分
※大規模事業所に該当するため以下の金額です

・要介護１　３５７円（７１４円）【１０７１円】
・要介護２　３８８円（７７６円）【１１６４円】
・要介護３　４１５円（８３０円）【１２４５円】
・要介護４　４４５円（８９０円）【１３３５円】
・要介護５　４７５円（９５０円）【１４２５円】

通所リハビリテーションサービス費（大規模型で要件を満たした場合）

［６時間以上７時間未満］　サービス提供時間　９時４５分から１６時００分
※以下の条件をすべて満たした際は、通常規模型と同様の単位数の算定となります。
・リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の 80%を超えていること
・リハビリテーション専門職の配置が 10：1 以上であること

・要介護１　７１５円（１４３０円）【２１４５円】
・要介護２　８５０円（１７００円）【２５５０円】
・要介護３　９８１円（１９６２円）【２９４３円】
・要介護４　１１３７円（２２７４円）【３４１１円】
・要介護５　１２９０円（２５８０円）【３８７０円】

［１時間以上２時間未満］　サービス提供時間　９時４５分から１１時００分
※以下の条件をすべて満たした際は、通常規模型と同様の単位数の算定となります。
・リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の 80%を超えていること
・リハビリテーション専門職の配置が 10：1 以上であること

・要介護１　３６９円（７３８円）【１１０７円】
・要介護２　３９８円（７９６円）【１１９４円】
・要介護３　４２９円（８５８円）【１２８７円】
・要介護４　４５８円（９１６円）【１３７４円】
・要介護５　４９１円（９８２円）【１４７３円】

②加算

介護保険の報酬には、「個別加算」及び「体制加算」があり、該当の加算につきましては算定させていただきます。「個別加算」は、個別のサービス計画（ケアプラン）につけられる加算で、利用者の課題に対して、必要とされるサービスや取り組みに対して報酬を上乗せするものです。「体制加算」は、事業所の体制づくりに対する加算で、職員のための研修の実施や、質の高いサービスを提供するための人員配置など、事業所の取り組みを評価して報酬を上乗せするものです。

加算項目	算定根拠	１割負担	２割負担	３割負担
入浴介助加算（Ⅰ）	通所リハビリテーション計画に基づき、入浴介助を行う。	４０円	８０円	１２０円
入浴介助加算（Ⅱ）	利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作と浴室の環境を評価している。利用者の身体の状況、居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作	60 円	１２０円	１８０円

	成し入浴介助を行う。			
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、LIFE を用いて少なくとも「3 月に 1 回」、厚生労働省に提出している	月４０円	月８０円	月１２０円
リハビリテーションマネジメント加算イ	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理。リハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から利用者の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。リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、利用者またはその家族に説明し、同意を得る。当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6 ヵ月以内の場合は 1 ヶ月に 1 回以上、6 ヵ月を超える場合は 3 ヵ月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催。	月５６０円/同意月より６月以内 月２４０円/同意月より６月超	月１１２０円/同意月より６月以内 月４８０円/同意月より６月超	月１６８０円/同意月より６月以内 月７２０円/同意月より６月超
リハビリテーションマネジメント加算ロ	リハビリテーションマネジメント加算（イ）の算定要件を満たし、利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を「LIFE」を用いて提出し、フィードバック情報等を活用している。	月５９３円/同意月より６月以内 月２７３円/同意月より６月超	月１１８６円/同意月より６月以内 月５４６円/同意月より６月超	月１７７９円/同意月より６月以内 月８１９円/同意月より６月超
リハビリテーションマネジメント加算ハ	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしている。管理栄養士を 1 名以上配置。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。言語聴覚士、言語聴覚士、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。関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、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し、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提供している。	月７９３円/同意月より６月以内 月４７３円/同意月より６月超	月１５８６円/同意月より６月以内 月９４６円/同意月より６月超	月２３７９円/同意月より６月以内 月１４１９円/同意月より６月超
リハビリテーション計画書を医師が利用者またはその家族に説明した場合、右記を算定		２７０円	５４０円	８１０円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院・退所日、要介護認定日から起算して 3 ヵ月以内の期間に、1 週間におおむね 2 日以上、一日当たり 40 分以上、リ	１１０円	２２０円	３３０円

	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加算（Ⅰ）	認知症の診断を受け、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利用者に対して、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、集中的なリハビリテーションを個別に実施。退院日・退所日・通所開始日から起算して３月以内に限り、１週間に２日を限度として算定。	２４０円	４８０円	７２０円
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）	生活機能の向上に資するリハビリテーションを個別または集団のリハビリテーションを１月に４回以上実施。退院日・退所日・通所開始日の属する月から起算して３月以内に限り算定。	月１９２０円	月３８４０円	月５７６０円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月より６ヵ月以内。生活行為の内容の充実を図るための目標、リハビリテーション実施頻度、実施場所、実施時間等を定めたリハビリテーション実施計画を作成し、同意を得て、計画に沿ったリハビリテーションを提供。利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね１ヵ月に１回以上実施。	月１２５０円	月２５００円	月３７５０円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症（６４歳まで）利用者ごとに個別の担 当者を定め、ニーズに応じたサービス提供を行う場合。	６０円	１２０円	１８０円
栄養アセスメント加算	管理栄養士を １ 名以上配置し、共同して、栄養アセスメントを実施。栄養状態等の情報については、LIFE を用いて厚生労働省に提出。	月５０円	月１００円	月１５０円
栄養改善加算	低栄養状態またはそのおそれがある高齢者に向けて、低栄養状態の改善や心身の状態の維持・向上に資する取り組み。原則３ヵ月以内の期間に限り月２回まで。	２００円	４００円	６００円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	サービス利用開始時および利用中の６か月ごとに、利用者の口腔の健康状態と栄養状態についてスクリーニングを行い、ケアマネジャーにその結果を情報提供。栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は併算できない。	２０円	４０円	６０円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	サービス利用開始時および利用中の６か月ごとに、利用者の口腔の健康状態と栄養状態についてスクリーニングを行い、ケアマネジャーにその結果を情報提供。栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している＋栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定できないときに加算。	５円	１０円	１５円

口腔機能向上加算（Ⅰ）	月２回を限度。利用者の口腔機能を利用開始時に把握。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、定期的に評価。	１５０円	３００円	４５０円
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	月２回を限度。口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件を満たす。リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定。口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報はLIFE を用いて厚生労働省に提出。	１５５円	３１０円	４６５円
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	月２回を限度。口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件を満たす。リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していない。口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報については LIFE を用いて厚生労働省に提出。	１６０円	３２０円	４８０円
重度療養管理加算	要介護状態区分が３、４、または５であり、「利用者等告示十八に定められる状態」の利用者に対して、計画的な医学的管理のもとにサービスを提供。	１００円	２００円	３００円
中重度者ケア体制加算	利用者総数のうち要介護 3 以上の利用者が 30%以上の割合を占めている。	２０円	４０円	６０円
移行支援加算	ADL や IADL の向上により通所介護等に移行した者の割合が、3%を超えている。	１２円	２４円	３６円
送迎減算	利用者が自身で事業所へ通所する場合や家族等が送迎する場合など施設で送迎を行わない場合	△４７円	△９４円	△１４１円
退院時共同指導加算	医療機関や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または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う。	６００円	１２００円	１８００円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護福祉士の占める割合が 70%以上又は勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上。	２２円	４４円	６６円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員等の処遇改善のために、（所定単位数＋加算）×総日数に１１．１%乗じた金額を算定。	１１１/１０００		

※ご本人の健康確認をしておりますが、ご状態によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

※短時間通所リハビリテーション（１時間以上２時間未満）では、入浴サービスを提供しておりません。

※上記の料金に国の定める地域区分に従い、１０．３３円乗じたものの１割または２割または３割をお支払いいただきます。

介護予防通所リハビリテーションサービス費

以下１割の自己負担分です。（　　）は２割負担分です。【　　】は３割負担分です。

(1)　基本料金（月額）

①施設利用料

・要支援１　　２２６８円（４５３６円）【６８０４円】

・要支援２　　４２２８円（８４５６円）【１２６８４円】

(2)　加算（月額）

加算項目	算定根拠	１割負担	２割負担	３割負担

サービス体制強化加算（Ⅰ）	介護福祉士の占める割合が 70%以上又は勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上。	要支援１：８８円/月 要支援２：１７６円/月	要支援１：１７６円/月 要支援２：３５２円/月	要支援１：２６４円/月 要支援２：５２８円/月
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合	利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを 行った場合は減算。 ※ただし 3 月に 1 回はリハビリ会議を開催し、利用者の状況を構成員と共有、状態変化に応じてリハビリ計画書の見直し、また、リハビリデータを定期的に厚生労働省へ提出し必要な情報を活用することで減算は行わないこととされています。	要支援１：１２０円/月の減算 要支援２：２４０円/月の減算	要支援１：２４０円/月の減算 要支援２：４８０円/月の減算	要支援１：３６０円/月の減算 要支援２：７２０円/月の減算
退院時共同指導加算	医療機関や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または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う。	月６００円	月１２００円	月１８００円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	利用開始時及び利用中 6 月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報をケアマネジャーに文書で共有（6 月に 1 回を限度）	１５０円	３００円	４５０円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は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を確認しケアマネジャーに文書で共有（6 月に 1 回を限度）	１６０円	３２０円	４８０円
栄養改善加算	管理栄養士を配置し、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成。低栄養状態又はそのおそれのある方に対し栄養改善の相談、栄養管理を実施。必要時は居宅を訪問。	２００円	４００円	６００円
栄養アセスメント加算	管理栄養士を配置し、管理栄養士、他の職種で共同して栄養アセスメントを実施、利用者又は家族に対し結果を説明し相談等に対応。また利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出。	５０円	１００円	１５０円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	廃用症候群や急性増悪等により生活機能が低下した利用者 に対し、月 1 回居宅を訪問し生活行為に関する評価を行い、日常生活や社会参加などの生活行為の向上へむけ居宅など の生活場面における具体的な計画を立てリハビリを実施。また、提供終了 1 月以内にリハビリ会議を開催（利用開始から 6 月以内に限る）。	５６２円	１１２４円	１６８６円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔機能低下またはおそれのある方に口腔機能改善管理指導計画を作成し口腔指導、嚥下訓練を実施計画の進捗状	1 回につき２０円	1 回につき４０円	1 回につき 60 円

	況を定期的に評価。			
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加えて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必要な情報を活用している（原則 3 月以内）。	１回につき５円	１ 回につき１０円	１ 回につき１５円
一体的サービス提供加算	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おり、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。	４８０円	９６０円	１４４０円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症（６４歳まで）利用者ごとに個別の担当者を定め、ニーズに応じたサービス提供を行う場合	２４０円	４８０円	７２０円
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。通所リハビリを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用し、必要に応じて通所リハビリ計画を見直し	４０円	８０円	１２０円
介護職員等処遇改善加算	介護職員等の処遇改善のために、（所定単位数＋加算）×総日数に１１．１％乗じた金額を算定。	１１１/１０００		

＊上記の料金に国の定める地域区分に従い、１０．３３円乗じたものの１割または２割または３割をお支払いいただきます。

⑶　その他の料金

①　食費（食材料費等）　昼食　７５０円/１日

②　日用品費　２００円/１日

（石鹸・シャンプー・ティッシュペーパー・おしぼり・タオル類等希望を確認したうえで自己選択に基づき提供される身の回りにかかる費用）

③　教養娯楽費　１５０円/１日

（クラブ活動や季節の行事、レクリエーションで使用する折り紙、色紙、風船等の材料や遊具等の希望を確認したうえで自己選択に基づき提供される費用）

④　おむつ代

・テープ式紙オムツ　１５０円／枚

・パンツ型紙オムツ　２００円／枚

・尿取りパット　８０円／枚

⑤ 利用者が選定する特別な食事の費用　実費

⑥ コピー代　１枚１０円

＊短時間通所リハビリテーション（１時間以上２時間未満）では、上記①②③⑤は、食事・入浴・レクリエーションのご提供がないため、頂いておりません。④⑥は必要に応じご請求させていただきます。

(4)　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、銀行振込、金融機関口座自動引き落とし、クレジットカード（デビットカード）による支払の３方法があります。利用申込み時にお選びください。

４．営業日及び営業時間

(1)　営業日

祝祭日を含む、毎週月曜日から土曜日まで

（ただし年末年始１２/３１～１／３は除く）

(2)　営業時間

営業日の午前８時３０分から午後１７時３０分まで

５．実施地域

通常の事業の実施地域は以下の通りとなっております。

- 上尾市
- 桶川市
- 伊奈町

＜別紙２＞

個人情報の利用目的

（２０２１年4月1日）

介護老人保健施設　あげお愛友の里では、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、利用目的を以下の通り定めます。

【個人情報の定義】

　個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することが出来るもの（他の情報と容易に照合することが出来、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）をいう。

【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者などとの連携（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提出
—厚生労働省への請求のための情報提供
—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

【上記以外への利用目的】

〔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
—当施設において行われる学生の実習への協力
—当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〕

- 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

（２０２６年０６月０１日更新）

介護老人保健施設あげお愛友の里
通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション　利用同意書

介護老人保健施設あげお愛友の里の施設通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション利用約款及び重要事項説明書及び別紙２を受領し、これらの内容に関して、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。

介護老人保健施設　あげお愛友の里
管理者　大塚　一寛　殿

年　　月　　日

＜利用者＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

＜身元引受人＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

＜連帯保証人＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

【本約款第６条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

フリガナ ・氏　　名	（続柄　　）
・住　　所	〒
・電話番号	

【本約款第１０条２項緊急時及び第１１条３項事故発生時の連絡先①②】

フリガナ ・氏　　名	（続柄　　） ①
・住　　所	〒
・電話番号 （携帯電話）	
フリガナ ・氏　　名	（続柄　　） ②
・住　　所	〒
・電話番号 （携帯電話）	

日用品費の支払いについて　　□同意します（1 時間以上 2 時間未満を除く）　□同意しません
教養娯楽費の支払いについて　□同意します（1 時間以上 2 時間未満を除く）　□同意しません

記入例

（２０２６年０６月０１日更新）

介護老人保健施設あげお愛友の里
通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション　利用同意書

介護老人保健施設あげお愛友の里の施設通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション利用約款及び重要事項説明書及び別紙２を受領し、これらの内容に関して、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。

介護老人保健施設 あげお愛友の里
管理者　大塚　一寛　殿

日付は利用開始日です。

年　　月　　日

＜利用者＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

＜保証人＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

＜連帯保証人＞
フリガナ
氏　　名　　印
住　　所　〒

電話番号

印鑑の押し忘れがないようにお願い致します。

【本約款第６条の**請求書・明細書及び領収書の送付先**】

フリガナ ・氏　　名	（続柄　　）
・住　　所	〒
・電話番号	

【本約款第１０条２項緊急時及び第１１条３項事故発生時の連絡先①②】

フリガナ ・氏　　名	（続柄　　） ①
・住　　所	〒
・電話番号 （携帯電話）	
フリガナ ・氏　　名	（続柄　　） ②
・住　　所	〒
・電話番号 （携帯電話）	

日用品費の支払いについて　□同意します　□同意しません
教養娯楽費の支払いについて　□同意します　□同意しません

当施設からの提供を希望される場合は『同意します』にチェックをお願いします