様

介護老人保健施設
老健センターささおか
利用契約書

いきいきとした生活、
元気いっぱいの人生を
力強く歩み続けていただけるよう
支援していきます。

介護老人保健施設
老健センターささおか
（Ｖｉｇｏｒ　Ｃｌｕｂ）

〒810-0034
福岡市中央区笹丘１丁目２８番２５号
電話　：092-737-7601
ﾌｧｯｸｽ：092-737-7602

介護老人保健施設　老健センターささおか
通所リハビリテーション利用契約書
介護予防通所リハビリテーション利用契約書

利用者　　様

事業者　介護老人保健施設　老健センターささおか

（契約の目的）

第１条　介護老人保健施設　老健センターささおか（以下「事業者」とします）は、要介護または要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」とします）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居宅において、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通所リハビリテーションまたは介護予防通所リハビリテーション（以下単に「通所リハビリテーション」とします）のサービスを提供します。

（契約期間と更新）

第２条　この契約の期間は、令和　　年　月　　日 ～令和　　年　月　　日 とします。

２　上記期間満了日までに利用者から事業者に対して更新拒絶の申し入れがない場合は、この契約は同一の内容で自動更新され、その後もこれに準じて更新されるものとします。自動更新する場合は、事業者は利用者に対し更新の意向を確認します。

３　この契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間満了日の翌日から更新後の要介護等認定の有効期間の満了日までとします。

（通所リハビリテーション計画の作成・変更）

第３条　事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者及び家族の希望、利用者の生活環境や心身の状態等を踏まえて、サービスの目標を設定し、具体的なサービス内容を記載した通所リハビリテーション計画を作成します。

２　利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができま

す。事業者は、正当な理由がない限り、速やかに変更の申し出に対応し、通所リハビリテーション計画を変更します。

3　前項の変更に際して、「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更が必要となる場合は、速やかに利用者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡するなど必要な援助を行います。

4　事業者は、通所リハビリテーション計画の作成・変更にあたっては、その内容を利用者又は家族に説明し同意を得て、書面を交付します。

（介護予防サービスの基本方針）

第４条　介護予防とは、高齢者の心身機能の改善や環境調整等を通じて、一人ひとりの高齢者が出来る限り要介護状態にならないで、自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

2　その観点から、利用者の主体的な取り組みが不可欠であり、サービスの提供にあたっては、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本とし、利用者の意欲を高めるよう適切な働きかけを行います。

（サ―ビスの提供とその記録の保管）

第５条　事業者は、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づいて、サービスを提供します。サービスの日数、具体的内容、介護保険適用の有無については、添付の重要事項説明書に記載したとおりです。

2　事業者は、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供するごとに、その提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を記録します。

3　事業者は、前項のサービス提供に関する記録を整備し、その完結の日から５年間保存します。

4　利用者又はその家族は、事業者に対し、いつでも前項のサービス提供に関する記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。

5　事業者は、記録の閲覧・謄写を求められた場合は、医療法人財団　博愛会の規定に従い対応します。

（利用料等）

第６条　利用者は、本契約に基づく通所リハビリテーションの提供を受けたときは、事業者に対し、添付の重要事項説明書の記載に従い、利用料自己負担分及びその他の費用（以下「利用料」とします）を支払います。

2　第１６条により選任された代理人は、利用者と連帯して、事業者に対し利用料を支払う義務を負うものとします。

3　事業者は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

4　事業者は、要介護等認定の変更、利用回数の変更等により利用料が変更になる場合には、利用者又はその家族に事前に文書による同意を得ます。

5　事業者は、要介護認定を受けた利用者が、正当な理由なくサービスの利用をキャンセルした際は、利用日前日までに連絡がなかった場合に限り、添付の重要事項説明書に記載されたキャンセル料を請求することができるものとします。なお、このキャンセル料は要支援認定を受けた利用者には適用されません。

6　利用料の請求や支払い方法は、添付の重要事項説明書のとおりです。

（利用料の滞納）

第７条　利用者及び代理人が、正当な理由なく事業者に支払うべき利用料を３か月分以上滞納した場合において、事業者が１か月以内に滞納額を支払うよう利用者及び代理人に対し催告したにもかかわらず期限内に全額の支払いがないときは、事業者は文書をもってこの契約を解除することができます。

2　事業者は、前項の催告をした場合には、利用者を担当する介護支援専門員及び市町村等と連絡を取り、解除後も利用者の健康・生命に支障のないよ

うに必要な措置を講じます。

（秘密の保持 及び 個人情報の保護）

第８条　事業者及びその従業者は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者又はその家族、代理人の秘密を保持します。

２　事業者は、従業者が退職後も、在職中に知り得た利用者又はその家族、代理人の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

３　事業者及びその従業者は、当法人の個人情報保護方針を遵守し、利用者又はその家族、代理人の個人情報を用いるにあたっては、添付の「別紙１　個人情報の取り扱いについて」の記載に従い適切に取り扱います。

４　事業者は、サービス担当者会議ならびに業務上必要な連絡調整において、利用者又はその家族、代理人の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得るものとします。

（身体拘束その他の行動制限）

第９条　事業者は、自傷他害の怖れがあるなど緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体拘束その他の行動制限を行いません。やむを得ず何らかの行動制限を行う場合には、その家族もしくは代理人の同意を得るものとします。

（緊急時の対応）

第１０条　事業者は、通所リハビリテーション提供中に利用者の容体に急変が生じた場合、その他必要な場合は、施設医師の医学的判断に基づいて速やかに必要な措置を講じます。また、利用者が指定する者に緊急に連絡し、かつ必要に応じて主治の医療機関等と連絡を取るなど適切に対処します。

（事故対応 及び 損害賠償）

第１１条　事業者は、通所リハビリテーション提供中に事故が発生した場合は、利

用者の救命と安全確保を最優先として迅速に対応し、速やかに利用者が指定する者、及び市町村、利用者を担当する介護支援専門員に報告するとともに必要な措置を講じます。

２　前項において、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、添付の重要事項説明書の記載に従いその損害を賠償します。ただし、事業者及びその従業者に、故意、過失がなかった場合はこの限りではありません。

（サービスに関する苦情対応）

第１２条　利用者及びその家族は、提供された通所リハビリテーションサービスに要望や不満がある場合、いつでも事業者に対し苦情を申し立てることができます。当施設の苦情相談窓口は下記のとおりです。

担当者（通所リハビリ所長）須賀　真理子

副任　（事務長）呼子　修一　　（主任）飽田　愛美

電話　（092）737-7601　　ＦＡＸ　（092）737-7602

２　事業者は、苦情が申し立てられた場合には、添付の「別紙２ 苦情を処理するために講ずる措置の概要」の記載に従い迅速かつ適切に対応し、サービスの向上、改善に努めます。

３　事業者は、利用者が苦情申し立て等を行った場合、これを理由としていかなる不利益な取り扱いもいたしません。

（利用者の解除権）

第１３条　利用者は事業者に対し、いつでもこの契約を解除し、通所リハビリテーションサービスの終了を申し入れることができます。

（事業者の解除権）

第１４条　事業者は、やむを得ない事情により事業所を閉鎖又は縮小する場合は１か月以上の予告期間をもって、また天災、災害、施設設備の故障その他やむを得ない理由により施設の利用が困難な場合はただちに、この契約を解除する

ことができます。

２　事業者は、利用者が次の各号に該当し、再三の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、第１条に定める契約の目的を達することが困難となったときは、その理由を記載した文書により、２週間以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

①　利用者の行動が、自身又は他の利用者の生命、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき

②　利用者が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき

（契約の終了）

第１５条　次の各号に該当する場合は、この契約は終了します。

①　第１３条に基づき、利用者から契約解除の意思表示がなされたとき

②　第１４条に基づき、事業者から契約解除の意思表示がなされたとき

③　利用者が死亡したとき

④　利用者の要介護認定区分が、自立（非該当）と認定されたとき

（利用者代理人）

第１６条　利用者は、自らの判断によるこの契約に定める権利の行使と義務の履行に支障を生じるときは、予め選任した代理人をもって行わせることができます。

２　代理人において前項の代行が困難な状況が発生した場合は、利用者は別に代理人を選定し、その旨を事業者に速やかに連絡するものとします。

（契約外条項）

第１７条　この契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、事業者及び利用者又はその家族との協議により定めます。

介護老人保健施設
老健センター　ささおか
重要事項説明書

＊　別紙1 「個人情報の取り扱いについて」

＊　別紙2 「苦情を処理するために講ずる措置の概要」

＊　別紙3 「賠償事故補償制度について」

＊　別紙4 「利用料一覧表」

＊　別紙5 「利用料金表」（1ヶ月分の個別の利用料）



１．施設の概要

施設名	介護老人保健施設　老健センターささおか
開設年月日	平成９年　４月１日
所在地	福岡県福岡市中央区笹丘 1-28-25
電話番号	（092）737－7601
ファックス番号	（092）737－7602
管理者名	横田　昌樹
介護保険事業所番号	4051180141
ホームページ	ＵＲＬ　http://www.hakuaikai.or.jp
Ｅメール	vigor@hakuaikai.or.jp
通所定員	65 名
サービス提供時間 （利用者様都合でのお休みは振替利用ができます。）	月・火・水・木・金・土　曜日 （祝日も通常通り実施） ９：00　～　16：10 ※利用時間の選択についてはご相談ください ９：00～12：00 ９：45～11：15 14：10～16：10　等
休止日 （振替利用はなし）	日曜 お盆休み　　８月１４日～１５日、 年末年始　１２月３０日～１月３日
サービス提供地域	中央区、城南区 ＊送迎範囲は当センターを中心に半径２km 以内

２．理念

『　その人らしさを大切に　』

３．目的と運営方針

当施設は、要介護または要支援状態となっても、利用者が可能な限り自宅で、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り在宅生活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、以下のような運営の方針を定めています。

［介護老人保健施設　老健センターささおか　の運営方針］

① 個別評価・効果的なプログラム

利用者さまの身体能力の評価を行い、ひとりひとりに合ったプログラムを作成します。

② 快適・安全なトレーニング

身体特性に合った機能訓練にて、快適・安全に身体能力向上を図ります。

③ 地域リハビリテーションへの取り組み

地域における生活への支援ができるよう、介護指導・介護予防を行います。

④ 明るく・元気に・楽しく

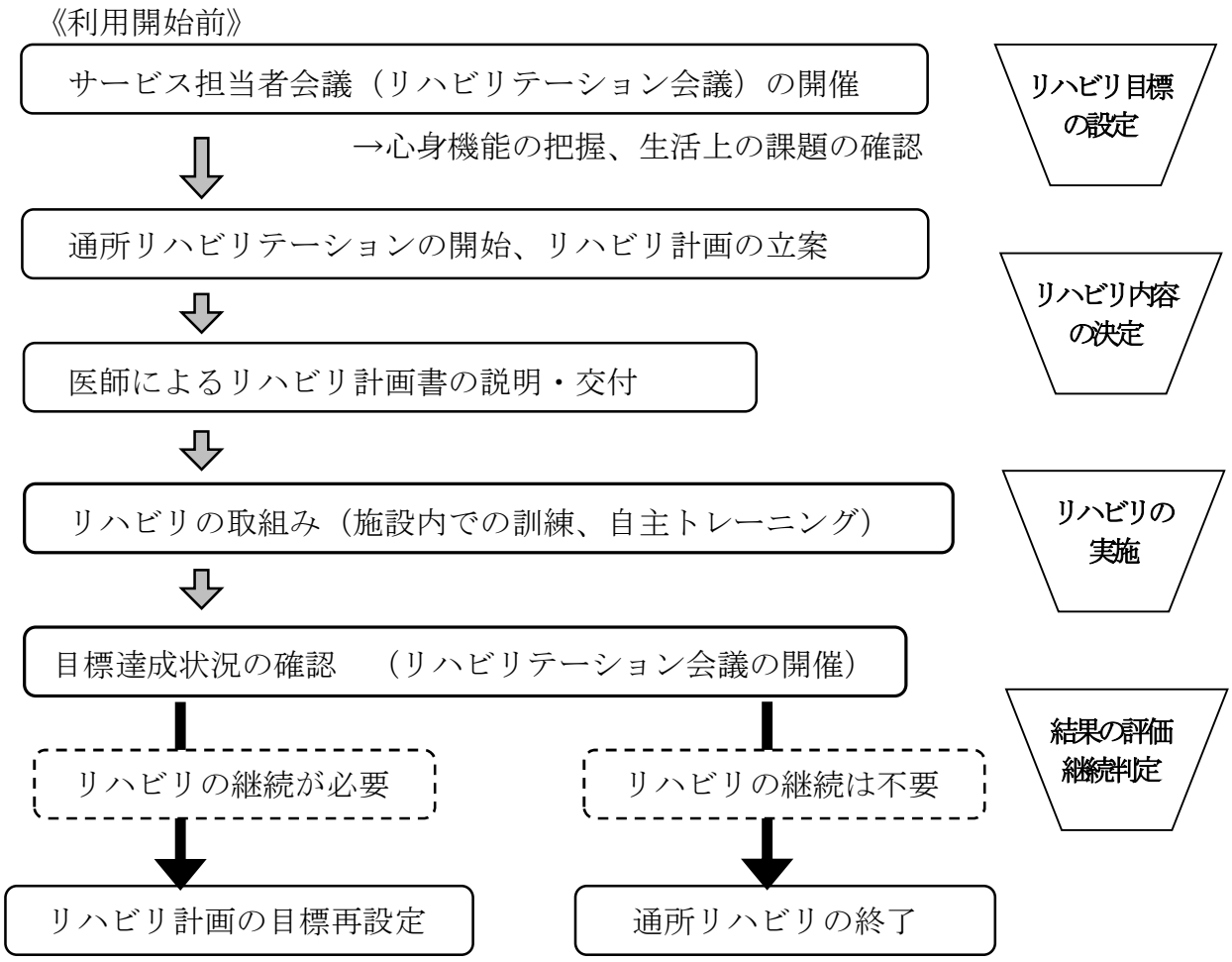
明るく、開放的なスペースで、機能訓練を通し、生活機能の維持・向上を目指します。

４．施設の職員体制及び職務内容

職　種	常　勤	非常勤	職 務 内 容
管 理 者 （医師）	１名（兼務）		利用者の健康管理及び医療等における適切な処置を講ずる。
通所リハビリ 責任者	１名		施設内業務の管理・対人業務の管理を行う。

看 護 師	１名以上		利用者の看護、保健衛生及び介護業務を行う。
介護職員	１名以上		利用者の生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士 作業療法士	３名以上		利用者の理学療法、作業療法を行う。
支援相談員	１名以上 （兼務）		利用者及び家族の相談支援・関係事業所との連携を行う。
事務職員	１名以上		事務業務を行う。
その他職員		１名以上	運転業務、介護補助等を行う。

５．通所リハビリテーションの提供の手順



６．提供するサービスの内容

（１） サービスの利用日数

当施設では、要支援１の認定であれば週１回、要支援２の認定であれば週２回の利用を目安としています。 また、要介護の認定を受けた利用者に限り、要望があれば週３回まで利用を受け入れます。

（２） 提供するサービスの内容

種　　類	内　　容
健康管理	血圧など健康状態の観察、療養指導等を行います。
リハビリテーション（機能訓練）	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ります。 ≪リハビリテーションの種別≫ □ 各種リハビリ機器による筋力増強訓練等 □ リハビリテーション訓練（機能評価・集団訓練） □ 全身調整・持久力訓練 □ 個別自主トレーニングの指導　　など
介護	利用者の状況に応じて適切な方法で、移動、排泄、整容等の介助・見守りを行います。
相談援助	利用者とその家族からの相談に応じます。
送迎	利用者宅から施設までの送迎を行います。

７．利用料の請求と支払い

（１）利用料の区分

認定区分別の利用料、各加算、その他の費用は、『別紙４ 通所リハビリテーション利用料一覧表』を参照してください。また、１か月の利用料自己負担分の目安は、『別紙５ 利用料金表』を参照してください。

（２）請求書と領収書の発行

利用料自己負担分は１か月分を一括して請求します。当施設では、毎月 10 日以降に前月分の請求書を発行し、入金を確認した後に、利用料の内訳等を記載した領収書を発行します。

領収書は、利用者から求めがあれば、利用者が指定した者へ郵送します。

（３）支払い方法

支払い方法は、下記のいずれかを選択できます。

現金払い	請求書を発行した月の 20 日までに、当施設の受付で支払う。
口座振込み	請求書を発行した月の 20 日までに、当施設が指定する口座に振り込む。
口座引落し	請求書を発行した月の 20 日に、利用者指定の口座から引落しで支払う。 ただし銀行口座の場合、引落しに際して手数料 150 円が同時に徴収される。郵貯口座の場合は手数料無料。

８．緊急時の対応

（１）サービス提供中に利用者の病状の急変や事故などがあった場合は、速やかに指定された緊急時の連絡先へ連絡します。

（２）協力医療機関

博愛会病院　　福岡市中央区笹丘１丁目２８－２５　電話　092-741-2626

９．苦情申立て窓口

担当者（通所リハビリ所長）須賀　真理子

副任（事務長）呼子　修一（主任）飽田　愛美

電話　092-737-7601　FAX　092-737-7602

１０．賠償責任

サービス提供中に、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『別紙３ 賠償事故補償制度について』に記載されるところに従って、利用者に対し損害を賠償します。

ただし、当施設が行う送迎サービス以外の手段で利用者が通所するにあたって、利用者宅と当施設間の移動中に事故が発生した場合には上記補償は適用されません。その際は、当施設では損害賠償の責任を負いかねます。

１１．感染症蔓延及び災害発生時の対応

（１）非常災害に対する具体的な計画を整備するとともに、定期的な避難、救出その他必要な訓練を実施し、非常災害時に備えます。

- 防災設備　　スプリンクラー、消火器、消火栓
- 防災訓練　　1～2 回／年
- 消防計画等　　消防署に消防計画提出　　防災管理者：小林　潤市

（２）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対して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）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（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

（３）職員に対し、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する。

（４）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う。

１２．その他の留意事項

（１）利用の開始及び要介護認定等の更新・区分変更、介護保険負担割合の更新に際しては、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を確認します。

（２）当施設では、利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、利用者同士の金銭・物品のやりとり、敷地内の喫煙、危険物の持込を禁止します。

（３）所持金品は、自己の責任で管理して頂きます。必要に応じて、ご持参物に記名をお願いいたします。

（４）施設内の設備・器具は本来の用法に従って使用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合、その損害賠償を求める場合があります。

（５）暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断・契約解除となる場合もあります。

（６）長期休止（約 1～2 ヶ月）された場合は利用登録日の調整を行います。

（７）感染症蔓延及び災害等発生時は、その規模や被害状況により通常の業務を行えない可能性があります。

１３．身体拘束の対応

当施設は、自傷他害の怖れがあるなど緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体拘束その他の行動制限を行いません。やむを得ず何らかの行動制限を行う場合には、その家族もしくは代理人の同意を得るものとします。

１４．高齢者虐待の防止の為の措置

当施設の職員は、当施設職員等がその業務に従事している職員又は当施設において業務に従事する職員等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢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。

１５．高齢者虐待の防止の為の措置

（１）当施設は利用者の使用する施設、その他の設備又は飲用水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずると共に、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。

（２）当施設は感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるように努める。

１６．事業者（法人）の概要

事業者(法人)の名称	医療法人財団　博愛会
所在地	〒810-0034　福岡市中央区笹丘 1-28-25

代表者	理事長　　那須　繁
設立年月日	昭和 60 年 5 月 10 日
連絡先	TEL. 092-725-1270　　FAX. 092-741-2723

附則

この規定は令和 6 年 3 月 1 日から施行する。

この規定は令和 6 年 7 月 1 日から施行する。

この規定は令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

〈別紙１〉

個人情報の取り扱いについて

当施設では、利用者の個人情報は下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払います。個人情報についてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出下さい。

当施設における利用者様の個人情報の利用目的

○利用者様への介護・医療の提供
- ・当施設での介護・医療サービスの提供
- ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関・介護サービス事業所等からの照会への回答
- ・利用者様の介護・医療の為、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査、食事管理の委託その他の業務委託
- ・ご家族への病状説明
- ・その他、利用者様への介護・医療提供に関する利用

○介護保険事務
- ・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
- ・その他、当施設の管理運営業務に関する利用

○賠償責任保険などに係る、専門団体、保険会社等への相談又は届出等
○介護・医療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臨床研修・看護実習・介護実習への協力
○質の向上を目的とした当法人内での症例研究
○外部監査機関への情報提供

＜付記＞

１．上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。

２．お申し出が無いものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

３．これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等をすることができます。

〈別紙２〉

苦情を処理するために講ずる措置の概要

〈１〉利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口の設置

1）相談・苦情の常設の窓口として支援相談員を置いている。また、担当者が不在の時も基本的な事項については誰でも対応できるように必ず引き継いでいる。

担当者（通所リハビリ所長）須賀　真理子
副任　（事務長）呼子　修一　（主任）飽田　愛美
電話　092-737-7601　ＦＡＸ　092-737-7602
対応時間　平日８：30～17：00

2）上記相談・苦情窓口及び処理体制について、施設内に掲げるとともにサービス利用開始の際に利用契約書を利用者・家族に説明し周知徹底を図っている。

〈２〉円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

1）苦情があった場合は、ただちに窓口担当者または苦情受付者が相手方に連絡を取って詳しい事情を聞くとともに、事態に関わった職員からも事情を確認する。
2）窓口担当者は、職員会議にて苦情内容、事実関係及び対応方針を検討し、管理者に報告するとともに、その指示を受け、速やかに相談事項の処理を行う。
3）管理者が必要と判断した場合は、別に検討会議を招集し対応策の協議を行う。
4）苦情を受けた日から３日以内に、必ず具体的な対応を行う。
5）苦情の内容に応じて、関係機関（介護支援専門員・各区介護保険課・国保連）に報告を行う。
6）処理結果等については必ず職員全員に報告し、具体的な内容の周知を図り再発防止を促す。
7）苦情処理記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。

〈３〉その他の参考事項

1）定期的に接遇教育や研修、勉強会を行ってサービスの質の向上を図り、苦情の再発防止、件数の減少に努める。
2）定期的にアンケートを実施し、利用者・家族からの要望等を幅広く聴取する。
3）サービス提供に起因して事故が発生した場合は、損害賠償保険の契約内容に基づいて誠実に対応する。

〈４〉公的な苦情受付窓口

福岡県国民健康保険団体連合会　介護保険課
ＴＥＬ（092）642-7859
ＦＡＸ（092）642-7857
受付時間　８：30～17：00（土・日・祝を除く）

各区福祉・介護保険課

【中央区】（092）718-1102
【早良区】（092）833-4355
【博多区】（092）419-1081
【城南区】（092）833-4105
【南区】（092）559-5125
【西区】（092）895-7066

〈別紙３〉

賠償事故補償制度について

この制度は通所リハビリテーションを行う事に起因して、法律上の賠償責任を負った場合に適用されるものです。

〈契約保険〉
保険名　　福岡市医師会・医師賠償責任保険
保険会社　　損害保険ジャパン 福岡支店　TEL：092-481-5330
代理店　　ももちエムエス　TEL：092-852-1546

〈賠償責任保険の内容〉
施設や各種設備の不備、欠陥及び施設の供するサービスに起因して、利用者の身体に障害を与えたり、財物に損害を与えた場合に補償します。

※利用者が障害を被った場合でも、施設側に法律上の賠償責任が生じなければ対象となりません。
※使用者の範囲は、医師、看護師、介護職員、理学療法士、作業療法士、支援相談員、事務員、運転士、ボランティア等です。
※送迎中の事故でも自動車の運行、運転に起因する事故は補償の対象となりません。これらの事故は自動車保険の対象となります。

お支払する損害賠償金は、治療費、慰謝料、修理費などです。

〈補償限度額〉

医療上の事故		建物設備の使用・管理上の事故		
対人 1事故につき （万円）	対人 1年間につき （万円）	対人 1名につき （万円）	対人 1事故につき （万円）	対物 1事故につき （万円）
10,000	30,000	10,000	100,000	1,000

〈別紙４〉

1. 通所リハビリテーション利用料一覧表

【 基本部分 : 通所リハビリテーション費（通常規模型）】

所用時間	9:00～12:00		14:10～16:10		9:45～11:15		利用者負担金 （3時間/2時間/1時間半） *1								
							1割負担			2割負担			3割負担		
介護度	単位数	基本利用料 *2 *3	単位数	基本利用料 *2 *3	単位数	基本利用料 *2 *3 *4	3時間	2時間	1時間半	3時間	2時間	1時間半	3時間	2時間	1時間半
要介護1	486単位	5,127円	383単位	4,040円	369単位	3,892円	513円	404円	390円	1,026円	808円	779円	1,539円	1,212円	1,168円
要介護2	565単位	5,960円	439単位	4,631円	398単位	4,198円	596円	464円	420円	1,192円	808円	840円	1,788円	1,390円	1,260円
要介護3	643単位	6,783円	498単位	5,253円	429単位	4,525円	679円	526円	453円	1,357円	1,051円	905円	2,035円	1,576円	1,358円
要介護4	743単位	7,838円	555単位	5,855円	458単位	4,831円	784円	586円	484円	1,568円	1,171円	967円	2,352円	1,757円	1,450円
要介護5	842単位	8,883円	612単位	6,456円	491単位	2,848円	889円	646円	285円	1,777円	1,292円	570円	2,665円	1,937円	855円

*1 利用者負担金は、所得に応じて基本利用料の1割～3割です。介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を利用者が負担することとなります。

*2 送迎料金は、基本利用料に含まれます。

*3 上記の基本利用料は、介護報酬の改定により変更されることがあります。その場合は、事前にお知らせ致します。

*4 1時間半利用は午前中のみでの対応となります。

【 加算部分 】

加算の項目	単位数	基本利用料	利用者負担金			加算の要件
			1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位	232円	24円	47円	70円	介護職員のうち介護福祉士が7割以上
リハビリテーション提供体制加算*5	12単位	126円	13円	26円	38円	ﾘﾊﾋﾞﾘｽﾀｯﾌが基準より手厚い体制である
リハビリマネジメント加算(ロ)	593単位	6,256円	626円	1,252円	1,877円	利用を開始した月から起算して6ヶ月以内 （月額）
リハビリマネジメント加算(ロ)	273単位	2,880円	288円	576円	864円	利用を開始した月から6ヶ月を超えた場合 （月額）
医師が説明し、同意を得た場合	270単位	2,848円	285円	570円	855円	3ヶ月に1度、医師からの説明がある場合（月額）
科学的介護推進体制加算	40単位	422円	43円	85円	127円	厚生労働省との情報連携（匿名）を図り活用している （月額）
生活行為向上リハビリテーション実施加算*6	1250単位	13,187円	1,319円	2,638円	3,957円	利用を開始した月から起算して3ヶ月以内 （月額）
事業所が送迎を行わない場合の減算	−47単位	−495円	−50円	−99円	−149円	事業所と居宅の送迎を行わない場合（片道）
移行支援加算*7	12単位	126円	13円	26円	38円	一定の利用者が卒業後に社会参加を行った場合
認知症短期集中リハビリテーションⅡ	1920単位	20,256円	2,026円	4,052円	6,077円	月4回以上のリハビリテーションを行う奈愛、(3ヶ月間のみ）
介護職員等処遇改善加算	所定単位数 × 86/1000					介護職員等の処遇改善に要する費用
退院時共同指導加算*8	600単位	6,330円	633円	1,266円	1,899円	退院時カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合（1回のみ）
短期集中個別リハビリテーション実施加算*9	110単位	1,160円	116円	232円	348円	退院後や介護保険認定後に集中的な個別リハビリテーションを行う
理学療法士等提供体制加算*4	30単位	316円	32円	64円	95円	常勤専従の理学療法士を2名以上配置している場合

*5 利用時間が3時間以上の方が対象となります。 *6 週2回以上利用の方が対象となります。*7 年度により算定の可否の変更がある場合があります。*8再開時に1回のみ加算となります。

*9 週2回以上、1日あたり40分以上実施する。

2. 介護予防通所リハビリテーション利用料一覧表

【 基本部分 : 介護予防通所リハビリテーション費 （ 月額 ）】

介護度	単位数	基本利用料 *2 *3	利用者負担金 *1			単位数 *9	基本利用料 *2 *3	利用者負担金 *1		
			1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2268単位	23,927円	2,393円	4,786円	7,179円	2148単位	22,661円	2,267円	4,533円	6,799円
要支援2	4228単位	44,605円	4,461円	8,921円	13,382円	3988単位	42,073円	4,208円	8,415円	12,622円

*1、*2、*3、*6*8 は上記に同じ

*9 利用開始後12ヶ月を超えた場合単位数が変更となります。

【 加算部分 （ 月額 ）】

加算の項目		単位数	基本利用料	利用者負担金			加算の要件
				1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）							
	要支援1	88単位	928円	93円	186円	279円	介護職員のうち介護福祉士が7割以上
	要支援2	176単位	1,856円	186円	372円	557円	
退院時共同指導加算*8		600単位	6,330円	633円	1,266円	1,899円	退院時カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合（1回のみ）
科学的介護推進体制加算		40単位	422円	43円	85円	127円	厚生労働省との情報連携（匿名）を図り活用している
介護職員等処遇改善加算		所定単位数 × 86/1000					介護職員等の処遇改善に要する費用

3. その他の費用

領収書の再発行料	領収書の再発行料 : 1枚につき : 550円(税込)	マスク代	1枚18円
キャンセル料	1回あたりの利用者負担金(上記参照)	おむつ代	1枚100円

〈別紙5 〉

様　利用料金表（概算）

（令和　　年　　月　日から適用）

介護度		負担割合	
利用曜日			

	利用回数	1回につき 単位	円	概算料金
午前　（1.5時間利用）			円	円
午前　（3時間利用）			円	円
午後　（2時間利用）			円	円
合計利用回数	回			円

上記に加え、各リハビリテーションに対して下記のとおり加算されます。

※　週1回→月4回　　週2回→月8回　　週3回→月12回利用　での概算の計算となります。

加算		1回につき		概算料金	
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算（Ⅰ）	無		円	円	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制強化加算	無		円	円	（3h利用に限る）
送迎を行わない場合の減算（片道）	無		円	円	
移行支援加算	無		円	円	
理学療法士等体制強化加算	無		円	円	（1.5h利用に限る）
退院時共同指導加算	無		円	円	（1回のみ算定）
短期集中個別リハビリテーション実施加算	無		円	円	（週2回以上実施）
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	無	総単位×86/1000		円	

加算		1ヶ月につき			
ﾘﾊﾋﾞﾘﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算Ⅰ（6ヶ月以内）	無		円		
ﾘﾊﾋﾞﾘﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算Ⅰ（6ヶ月以上）	無		円		
医師が説明し、同意を得た場合	無		円		
科学的介護推進体制加算	無		円		
生活行為向上ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	無		円	（6ヵ月間実施/月1回の算定）	
認知症短期集中リハビリテーションⅡ	無		円	（月4回以上のリハビリテーションを実施）	

※上記加算算定に伴い、TV電話等を用いた会議を実施致します。同意の上、契約書に御署名下さい。

自己負担総合計（概算）	円

介護老人保健施設　　老健センター　ささおか
Vigor　Club

〈別紙5 〉

様　利用料金表（概算）

（令和　年　月　日から適応）

介護度		負担割合	
利用曜日		土曜日午後	

	利用回数	単位	概算料金
午前 （1.5時間利用）			
午前 （3時間利用）			円
午後 （2時間利用）			円
合計利用回数	回		円

※要支援1の方は週に1回利用/要支援2の方は週に2回利用となります。

上記に加え、各リハビリテーションに対して下記のとおり加算されます。

加算		単位	概算料金
予防ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰ1	無		円
予防ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰ2	無		円
退院時共同指導加算	無		円
通所リハ科学的介護推進体制加算	無		円

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	無	総単位×86/1000	円

自己負担総合計（概算）	円

介護老人保健施設　　老健センター　ささおか
Vigor　Club

【 契約書署名欄 】

以上のとおり、介護老人保健施設　老健センターささおか　の利用に関する契約を締結します。
上記契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が各1部づつ保有します。

令和　　年　　月　　日

（利用者）私は、以上の契約の内容について説明を受け、これに同意し、サービスの利用を申し込みます。
私は、契約書第８条に規定する個人情報の使用について同意します。

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）私は、契約書第16条に規定する代理人として、本人の意思を確認の上、契約を代行します。
私は、契約書第８条に規定する個人情報の使用について同意します。

代理人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

（家族等）私は、契約書第８条に規定する個人情報の使用について同意します。

家族等　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

（事業者）当事業所は、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを誠実に責任をもって行います。

事業者　所在地　　福岡市中央区笹丘1丁目28－25
事業者名　介護老人保健施設
老健センター　ささおか
代表者　　横田　昌樹
（説明者　　飽田　愛美　　）

【契約書第10条及び第11条に規定する 緊急時等の連絡先】

第一連絡先	氏　名	（続　柄　　）	電　話	
	住　所			
第二連絡先	氏　名	（続　柄　　）	電　話	
	住　所			

【利用料の支払方法】　　☐　口座引落し　　☐　口座振込み

【重要事項説明書 7(2)における 領収書の送付先】

氏　名		住　所	