

介護予防通所リハビリテーションサービス利用標準契約書

利用者

様

社会医療法人北九州病院
事業者 介護老人保健施設 あけぼの苑

（契約の目的）

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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サービスを提供します。

（契約期間）

第2条 本契約は、利用者が本契約書を当施設に提出したときから効力を有します。
但し、利用者代理人（選任した場合）に変更があった場合は、新たな契約を取り交わすこととします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約書及び別紙重要事項説明書の改定が行われな
い限り、初回利用時の契約をもって、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。

（サービス計画の作成・変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画（ケ
アプラン）」（以下「ケアプラン」という。）に沿って「サービス提供に係る計画」（以
下「サービス計画」という。）を作成します。

2 事業者は、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、サービスの目
標を設定し、前項に規定する「サービス計画」に基づき計画的に行います。

3 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「
ケアプラン」の範囲内で可能なときは、速やかに「サービス計画」の変更等の対応を行
います。

4 事業者は、「サービス計画」の作成及び変更にあたっては、その内容を利用者及びその
家族に対し、説明し同意を得ます。

（サービス提供と内容の記録及び保管）

第4条 事業者は、「重要事項説明書」（以下「説明書」という。）に記載した事業者が提供す
るサービスのうち、「サービス計画」に基づいた内容のサービスを提供します。

2 事業者は、サービスの提供記録を、この契約終了後5年間保管し、利用者の求めに応じ
て閲覧させ、又は複写物を交付します。
但し、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとしま
す。

（虐待防止のための措置について）

第5条 利用者の尊厳の保持・人格の尊重のため虐待の防止について次の対応を行います。

1. 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催
2. 虐待防止のための指針の整備
3. 従業者に対する定期的な研修の実施
4. 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置
5. 利用者およびご家族からの苦情処理体制の整備

（緊急時の対応）

第6条 事業者は、現にサービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合、
その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取るなど必要な措置を講
じます。

（居宅介護支援事業者との連携）

第7条 事業者は、サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との緊密な連携に努めます。

- 2 事業者は、利用者が「ケアプラン」の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

（秘密保持）

第8条 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

（個人情報の取り扱い）

第9条 利用者の個人情報の取り扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報を扱う場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、誠実に対応します。

なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。

- 2 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

（賠償責任）

第10条 事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

但し、事業者に故意過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

（利用者負担金及びその変更）

第11条 利用者は、サービスの対価として「説明書」の記載に従い、利用者負担金を支払います。

- 2 利用者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。

その際には、事業者は利用者に説明します。

- 3 事業者は、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者負担金を説明し、利用者の同意を得ます。

- 4 事業者が前項の利用者負担金の変更（増額又は減額）を行う場合には、利用者に対して変更予定日の1か月前までに文書により説明し、利用者の同意を得ます。

（利用者負担金の滞納）

第12条 利用者が正当な理由なく利用者負担金を2か月以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上期間を定めて、その期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 前項の催告をしたときは、事業者は「ケアプラン」を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から「ケアプラン」の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な協議を行うようにするものとします。

- 3 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合には、文書で通知することによりこの契約を解約することができます。

- 4 事業者は、前項の規定により解約に至るまでは、滞納を理由としてサービスの提供を拒むことはありません。

（契約の終了）

第13条 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- （1）利用者の要介護認定区分が、自立（非該当）又は要支援と認定されたとき
- （2）利用者が死亡したとき
- （3）利用者の所在が、2週間以上不明になったとき

（利用者の解約権）

第14条 利用者は事業者に対して、契約終了希望日の2営業日前までに通知することにより、この契約を解約することができます。なおこの場合、事業者は利用者に対し、文書による確認を求めることができます。

但し、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、直ちにこの契約を解約することができます。

2 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

（1）事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき

（2）事業者が、利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

（事業者の解約権）

第15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、文書により1か月以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

2 利用者が1ヶ月以上病院に入院、もしくはご自分の都合でご利用されない場合。

3 事業者は、利用者が次の各号に該当し、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、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約することができます。

（1）利用者の行動が、他の利用者、自身の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者が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及び、重要事項説明書16項に定める禁止事項に該当し、改善の見込みがないとき。

（契約終了時の援助）

第16条 契約を解約又は終了する場合には、事業者はあらかじめ、必要に応じて主治の医師及び居宅介護支援事業者もしくは地域包括支援センターに対する情報の提供を行うほか、その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者等と連携し、利用者に対して必要な援助を行います。

（苦情処理）

第17条 事業者は、利用者からのサービスに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応します。

2 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（利用者代理人）

第18条 利用者は自らの判断による本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、あらかじめ選任した代理人をもって行わせることができます。

（裁判管轄）

第19条 この契約に関する紛争の訴えは、利用者の住所地を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

（契約外事項）

第20条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

（協議事項）

第21条 この契約に関して争いが生じた場合は、第1条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議したうえで解決するものとします。

介護予防通所リハビリテーションサービス重要事項説明書

＜ 現在 ＞

1. 利用者（被保険証）

要介護認定区分	要支援 1 ・ 要支援 2
要介護認定有効期間	～
認定審査会意見	

2. 事業者

事業者の名称	社会医療法人 北九州病院
法人所在地	北九州市小倉北区室町三丁目 1 番 2 号
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 佐 多 竹 良
電話番号	(093) 561-0039

3. ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設あけぼの苑
施設の所在地	北九州市小倉南区大字湯川 1 3 9 番地の 2 1
施設長	三 浦 和 之
電話番号	(093) 475-6000
FAX 番号	(093) 475-8820

4. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

病院において病状が安定期あるいは慢性期に至って入院治療を必要としなくなった要介護高齢者、又は家庭内の寝たきり老人等を対象として、リハビリテーションや日常的な看護・介護により、心身諸機能の改善や日常生活行動の向上に努め、可能な限り居宅において自立した日常生活が継続できるように支援することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 当施設は、ケアプラン及び通所リハビリテーション計画に基づき要介護・要支援状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、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、利用者の心身機能の維持回復を図るものとします。
- ② 当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って通所リハビリテーションサービスを提供するように努めます。
- ③ 当施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

5. ご利用施設で実施する事業

事業の種類		福岡県知事の事業所指定		定 員	備 考
		指定年月日	指定番号		
施 設	介護老人保健施設	2021年2月1日	405. 778. 015. 9	85名	
居 宅	通所リハビリテーション	2021年2月1日	405. 778. 015. 9	30名	
	介護予防通所リハビリテーション	2021年2月1日			
	短期入所療養介護	2021年2月1日	405. 778. 015. 9	若干名	
	介護予防短期入所療養介護	2021年2月1日			

6. 職員の体制及び職務内容（主たる職員）

職 種	員数	区分				事業者の指定基準	職 務 内 容	保有資格
		常勤専従	非常勤兼任	常勤専従	非常勤兼任			
施設長	1人		1人			1人	施設の運営・管理	医師1名
医 師	1人	1人				1人	診療及び診療方法等の指導	医師1名
リハビリ職員	3人	3人				1人	リハビリテーション	理学療法士2名・作業療法士1名
看護職員	3人	3人				1人	医師の指示による看護・介護	看護師2名・准看護師1名
介護職員	7人	7人				4人	医師・看護師の指示による看護の補助及び介護	介護福祉士5名

- * 介護予防通所リハビリテーションにおける看護職員及び介護職員は、常勤換算で、利用者定員1日・1単位（30名）に対し4名の職員を配置しています。

7. サービス提供の時間帯

営 業 日	営 業 時 間 帯
平 日・土曜日・祝 日	9：30 ～ 16：00

- * 日曜日及び1月1日、2日、3日は、お休みさせていただきます。
* 上記の時間帯には、送迎時間は含みません。

サービス提供の回数

介護度区分	利用回数
要支援1	週1回
要支援2	週2回

8. サービス内容

（1）法定給付サービス

種 類	内 容
食 事	・ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好に配慮した食事を提供します。 ・ 食事は原則として食堂で食べていただけるように配慮します。
排 泄	・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・ 利用者の状況に応じて適切な介助を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
機能訓練	・ 理学療法士・作業療法士による、利用者の状況に合わせた機能訓練を行い、心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立が継続できるようリハビリテーションを行います。
診 療	・ 医師により、必要と認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行います。 ・ また、利用者の病状からみて当施設において自ら必要な医療を提供することが困難と認められるときは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助	・ 当施設では、利用者及びその家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 《相談窓口》 MSW：梅田 浩一 ・ 上田 梨絵 / 内田 浩司
その他	・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での時間を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・ 主な娯楽設備：レクリエーション広場 ・ 主なレクリエーション行事：誕生会・花見・夏祭り・文化祭・クリスマス会・クラブ活動等

（2）法定給付外サービス

種 類	内 容
行事食	・ 行事の際などに、特別食を提供します。
教養娯楽費	・ クラブ活動・苑外レクリエーション・文化祭等の参加者

（3）その他

サービス提供記録の保管	・ この契約の終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	・ 土曜日・日曜日・祝祭日を除く、毎日午前10時～午後4時
サービス提供記録の複写物の交付	・ 複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

9. 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

(1) 法定給付サービス分 (1日あたりの利用者負担金)

[施設サービス費]

要支援1	2,307 円
要支援2	4,300 円

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用)

1日につき 日割計算の場合÷30.4日	76円
	141円

[加算分]

生活行為向上リハビリテーション実施加算 *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。 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。当該計画で定めたりハビリテーションの実施期間中に指定介護予防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、目標の達状況を報告すること。 医師または医師の指示を受けたPT・OTまたはSTが居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね月1回以上実施。	6月以内 572円
若年性認知症利用者受入加算 *若年性認知症利用者に対して、通所リハビリテーションを行った場合に1日につき所定単位数を加算する。 個別に担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供を行った場合。	244円
栄養改善加算 *利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。栄養改善サービスの提供にあたり必要に応じ居宅を訪問する。	204円
口腔機能向上加算 *利用者の口腔機能向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	口腔機能向上加算(Ⅰ) 153円 口腔機能向上加算(Ⅱ) 163円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) *通所リハビリテーションの介護職員総数に対して介護福祉士の割合が70%以上又は、勤続10年以上介護福祉士25%以上	1月につき 要支援1 90円 要支援2 179円
予防通所リハ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態等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している。必要に応じてリハビリテーション計画書を見直すなど情報を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。	41円
事業所評価加算 ※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位を加算する。	122円

退院時共同指導加算 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回に限り、所定単位数を加算する。	611円
一体的サービス提供加算 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．利用者がデイサービスを利用した日に、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。	489円

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）口として総単位数×１１１／１０００が毎月所定単位数に加算されます。

*（地域加算10.17円含む）

（２）法定給付外サービス分

種 類	利 用 者 負 担 金					
食材料費	・ 昼 食 680円（おやつ代60円含む）					
オムツ代	・ コンフォートミニ 軟失禁パット	1 枚	47円	・ パンツタイプ	1 枚	157円
	・ コンフォートミニ パットタイプ（ノーマル）	1 枚	73円	・ スリッパ テープ止めタイプ（プラス）	1 枚	136円
	・ コンフォートミニ パットタイプ（スーパー）	1 枚	115円	・ スリッパ テープ止めタイプ（マキシ）	1 枚	157円
	・ フレックス ベルトタイプ（プラス）	1 枚	115円	・ ベッドスーパー洗浄用	1 枚	36円
	・ フレックス ベルトタイプ（スーパー）	1 枚	136円	・ 布オムツ	1 枚	39円
	・ フレックス ベルトタイプ（マキシ）	1 枚	147円	・ オムツカバー	1 枚	210円
	行事食	・ 1食あたり 750円				
教養娯楽費	・ クラブ活動（お花・料理・手芸・書道）苑外レクリエーション文化祭等の参加者には、別途費用（実費）の負担があります。					

- ① サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額（１０割）をお支払いいただきます。
- ② 保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額（１０割）をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。
- ③ 医師・理学療法士・作業療法士による通所リハビリテーション計画の作成や見直しが行われた場合は、５５９円が加算されます。

（３）利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求明細書を翌月１０日までに作成し、利用者は、翌月２５日までに現金あるいは振込みにより支払います。

＜ 振 込 み 先 ＞

西日本シティ銀行 城野支店 普通預金 口座番号 ３１７６５１８
 社会医療法人北九州病院 介護老人保健施設 あけぼの苑 施設長 三浦 和之
 （振込みの場合、手数料は利用者の負担となります。）

（４）領収書の発行

事業者は、利用者からの利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

10. キャンセル料

(1) 利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合は、次のキャンセル料（食材料代）をお支払いいただきます。

利用日の前日（17時）までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日までに連絡がなかった場合	680円

(2) キャンセル料は、利用者負担金の支払いにあわせてお支払いいただきます。

連絡先	介護老人保健施設あけぼの苑：MSW:梅田・上田 / 内田
	電話番号 (093) 475-6000

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	小倉南消防署湯川分団に非常時の協力をお願いしています。 医療面では、北九州安部山公園病院・北九州総合病院が協力します。			
平常時の訓練等 消防設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設 備 名 称	個 数 等	設 備 名 称	個 数 等
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	無
	避難階段	3箇所	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	18箇所	漏電火災報知機	有
	ガス漏れ警報機	無	非常用電源	有
消防計画等	カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しています。			
	消防署への届出日：2025年3月11日			
	防火管理者：熊井 英文			

12. 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人北九州病院 北九州安部山公園病院
院 長 名	高水間 亮治
所 在 地	北九州市小倉南区大字湯川139番地の21
電話番号	(093) 475-6262
診 療 科	内科・リハビリテーション科
入院設備	ベット数・160床
救急指定の有無	無
契約の概要	介護老人保健施設あけぼの苑管理者、担当医師もしくは、看護責任者の要請により北九州安部山公園病院は、利用者の病状悪化時やその他、必要に応じ、速やかに適切な処置を講じます。 介護老人保健施設あけぼの苑管理者の要請に従い北九州安部山公園病院は、医師、薬剤師、検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士等、必要に応じ職員を派遣し、利用者の病状改善、健康維持及び保健衛生の確保に協力します。

医療機関の名称	社会医療法人北九州病院 北九州総合病院
院 長 名	日暮 愛一郎
所 在 地	北九州市小倉北区東城野町1番1号
電話番号	(093) 921-0560
診 療 科	内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病内科、人工透析内科、放射線治療科、放射線診断科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、耳鼻咽喉科、頭頸部外科、泌尿器科、産科、婦人科、小児科、救急科、麻酔科、リハビリテーション科、病理診断科 他
入院設備	ベット数・360床
救急指定の有無	有
契約の概要	介護老人保健施設あけぼの苑管理者、担当医師もしくは、看護責任者の要請により北九州総合病院は、利用者の病状悪化時やその他必要に応じ、速やかに適切な処置を講じます。

医療機関の名称	医療法人社団恵友会霧ヶ丘つだ病院
院長名	津田 徹
所在地	北九州市小倉北区霧ヶ丘3丁目9-20
電話番号	(093) 921-0438
診療科	内科、呼吸器内科、循環器内科、消火器内科、リウマチ科、リハビリテーション科、歯科（睡眠呼吸障害）
入院設備	有・ベット数：69床
救急指定の有無	有
契約の概要	介護老人保健施設あけぼの苑入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は霧ヶ丘つだ病院の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している

13. 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設のご利用相談室	相談窓口：MSW：梅田 ・上田 / 内田
	ご利用時間： 午前9時00分～午後4時30分
	ご利用方法： 電話・面接

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます

所在地の介護保険係	対応時間：午前8時30分～午後5時00分（月曜日～金曜日）
門司区役所保健福祉課	電話番号：331-1881
小倉北区役所保健福祉課	電話番号：582-3433
小倉南区役所保健福祉課	電話番号：951-4111
若松区役所保険福祉課	電話番号：761-5321
八幡東区役所保険福祉課	電話番号：671-0801
八幡西区役所保険福祉課	電話番号：642-1441
戸畑区役所保健福祉課	電話番号：871-1501
福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地：福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号：(092) 642-7859 FAX番号：(092) 642-7857
北九州市保健福祉局地域福祉局介護保険課	所在地：北九州市小倉北区城内1番1号
	電話番号：582-2771

ご利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する 取り組み	① あり	実施日	*実施予定	
		結果の開示	① あり	2 なし
	2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
	② なし			

14. 事故発生時の対応

通所リハビリテーション利用時（送迎含む）において、事故等が発生した場合は、事故報告書を作成し、関係各位に連絡します。また、事故原因を調査して、再発防止に努めます。

15. 損害賠償責任保険

保険会社	株式会社 損害保険ジャパン
保険内容	医師賠償責任保険

16. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

療養室・設備器具の使用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
飲酒・喫煙	飲酒はご遠慮ください。 当施設での喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入所者及び利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	原則としては、ご記名の上、利用者・ご家族にお願いします。
現金等の管理	原則としては、利用者・ご家族にお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者及び利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮ください。
禁止事項	当苑職員
	利用者・家族

- ・利用者及び家族等からの金銭、物品、飲食の授受は致しません。
- ・利用者以外の洗濯・買物等「直接本人の援助」に該当しない行為は致しません。
- ・職員に対する精神的・身体的暴力は厳に慎んでください。
- ・職員に対するセクシャルハラスメント等は厳に慎んでください。

介護予防通所リハビリテーションサービス負担金説明書

様

(介護保険認定期間 ～)

1.介護予防通所リハビリテーションサービスの内容、提供するサービスの内容は次のとおりです。

利用曜日	(月)・火・水・木・金・土	利用時間帯	9時30分～16時00分
内 容	予防通所リハビリ1		○
	予防通所リハビリ2		
	予防通所リハ栄養改善加算		
	予防通所リハ口腔機能向上加算		
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		○
	事業所評価加算		
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ		○
	予防通所リハ科学的介護推進体制加算		○
	生活行為向上リハビリテーション実施加算		
	退所時共同指導加算		
	一体的サービス提供加算		

介護保険適用

(有) ・ 無

2.利用者負担金

(1) 利用者の負担金は、1ヶ月ごとにお支払いいただきます。

お支払いいただく1か月の利用者負担金は既ね次のとおりです。

(保険適用)

区分	算定根拠 (単価・回数・加算ほか)				利用者負担金	
施設サービス費 (6～7時間未満)	要支援1	2,307	円	1	2,307	円
	要支援2	4,300	円		-	円
生活行為向上リハビリテーション実施加算 *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。 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り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。当該計画で定めたりハビリテーションの実施期間中に指定介護予防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、目標の達状況を報告すること。 医師または医師の指示を受けたPT・OTまたはSTが居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね月1回以上実施。		6月以内				
		572	円		-	円
若年性認知症利用者受入加算 *若年性認知症利用者に対して、通所リハビリテーションを行った場合に1日につき所定単位数を加算する。 個別に担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供を行った場合。		244	円		-	円
栄養改善加算 *利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。栄養改善サービスの提供にあたり必要に応じ居宅を訪問する。		204	円		-	円

口腔機能向上加算 *利用者の口腔機能向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	口腔機能向上加算(Ⅰ)				
	153 円			-	円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)				
	163 円			-	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) *通所リハビリテーションの介護職員総数に対して介護福祉士の割合が70%以上又は、勤続10年以上介護福祉士25%以上	要支援1 90 円	1		90	円
	要支援2 179 円			-	円
予防通所リハ科学的介護推進体制 *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。必要に応じてリハビリテーション計画書を見直すなど情報を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。	1月につき 41 円	1		41	円
事業所評価加算 ※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位を加算する。	122	円		-	円
退院時共同指導加算 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同で行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。	611	円		-	円
一体的サービス提供加算 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. 利用者がデイサービスを利用した日に、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。	489	円		-	円
※介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口 毎月の総単位数に111/1000を加算する					
※生活保護受給者および原爆手帳をお持ちの方は、保険適用の負担金はありません。			計	2,438	円

(保険適用外)

食材料代	昼食代	1食	680	円	4	回	2720	円
教養娯楽費	クラブ活動（お花・料理・手芸・書道・ビデオ）・苑外レクリエーション文化祭等の参加者には、別途費用（実費）の負担があります。							
合 計					2,720		円	

本契約を証するため、利用者・事業者は署名押印のうえ本契約書2通を作成し、利用者・事業者各1通を保有します。

又、利用者の通所リハビリ利用期間中、利用者及び利用者の家族並びに身元引受人・後見人に関する療養上に必要な情報を、施設サービス計画（ケアプラン）の作成や利用者の病状によっては他の医療機関、福祉施設、居宅介護支援事業者に提供することを同意します。

以上、介護老人保健施設通所リハビリテーションサービス利用契約書、重要事項説明書、負担金説明書についての説明を受け、その内容を了承し本契約を申し込みます。

また、契約書第9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>

利用開始日 西暦 年 月 日

住 所

電話番号

氏 名

印

※上記の代筆者及びその理由

本人が のため、

続柄（ ） 氏名 が代筆いたしました。

<利用者代理人（代筆者）>

住 所

電話番号

氏 名

印

第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

（続柄） （家族氏名）

[重要事項説明書9-(3)・(4)における請求書及び領収書の交付先]

住 所			
電話番号			
氏 名		続 柄	

[本契約第6条の緊急時の連絡先]

住 所			
電話番号			
氏 名		続 柄	

<事業者>

所在地 北九州市小倉南区大字湯川139番地の21

事業者名 社会医療法人北九州病院 介護老人保健施設 あけぼの苑

代表者名 施設長 三 浦 和 之 印

（事業所番号 405.778.015.9）