

介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑

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

【契約書別紙】重要事項説明書

1、提供するサービスについての相談窓口

電話番号：092-804-8000

担当職員：支援相談員 ※ご不明な点がございましたらご連絡ください。

2、施設の目的及び運営の方針

- 1) 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できるよう、理学療法、作業療法その他必要なり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維持回復を図るものとする。
- 2) 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るものとする。
- 3) 施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつ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るものとする。

3、利用者（被保険者）

利用者氏名	様
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定審査会意見	

4、事業者

事業者の名称	介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑
所在地	福岡市早良区早良 1 丁目 5 番 56 号
法人種別	社会医療法人 福西会
代表者氏名	理事長 山下 裕一
電話番号	092-804-8000

5、ご利用施設

施設名	介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑
所在地	福岡市早良区早良 1 丁目 5 番 56 号
施設長	久保 真一
電話番号	092-804-8000
介護保険指定番号	介護老人保健施設（439号）

6、ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		福岡県知事の事業者指定		利用者
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成 8 年 12 月 6 日	福岡県 439 号	100 人
居宅	通所リハビリテーション	平成 8 年 12 月 6 日	福岡県 439 号	50 人
	短期入所療養介護	平成 8 年 12 月 6 日	福岡県 439 号	8 人
指定介護支援事業所		平成 11 年 8 月 1 日	福岡県 123 号	

7、ひまわり苑の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者・医師	医師	1 名		施設・健康管理	1 名
支援相談員	社会福祉士	1 名		相談業務	2 名
	社会福祉主事	1 名			
栄養科職員	管理栄養士	3 名		栄養管理	12 名
	栄養士			調理業務	
	調理師・員	4 名	5 名		
薬剤師	薬剤師	1 名		薬剤管理	1 名
機能訓練指導員	理学療法士	3 名		機能訓練	8 名
	作業療法士	4 名			
	言語聴覚士	1 名			
介護支援専門員	介護福祉士等	1 名		ケアプラン等作成専任	1 名
事務職		2 名		事務業務	2 名
看護・介護職	看護師	8 名	1 名	看護業務	12 名
	准看護師	3 名			
	介護福祉士	27 名	2 名	介護業務	37 名
	ケアスタッフ	3 名	1 名		
	介護補助職員	3 名	1 名		
通所リハビリ	介護福祉士	7 名		介護業務 看護業務 機能訓練	18 名
	ケアスタッフ	1 名			
	看護師	1 名	1 名		
	理学療法士		8 名		
	作業療法士				
	言語聴覚士				

## 8、施設の概要

敷地		4990.69 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建て
	延べ面積	4998.8 m <sup>2</sup>
	利用定員	100名

## 9、室、主な設備

定員	100名 (内 短期入所療養介護8名)	療養室	31室 100床	
居室	4人部屋	22室 (1人あたり 8.01 m <sup>2</sup> )	診察室	1室
	2人部屋	3室 (1人あたり 8.10 m <sup>2</sup> )	食堂	1室 50室 (各グループ内)
	個室	6室 (1人あたり 14.79 m <sup>2</sup> )	機能訓練室	2室
浴室	3室	家族介護室	1室	

## 10、提供するサービス内容

在宅で生活する介護を要する利用者が、その生活を継続できるように支援するサービスです。

利用者やそのご家族の希望を踏まえ、通所リハビリテーション計画（個別サービス計画）を作成し利用者の心身の機能維持を図り、日常生活の自立を助けるためにリハビリテーションやレクリエーションを行います。

その他のサービス内容の詳細は別紙の「サービス内容説明書」に記載している内容です。

## 11、日程

利用者の要望をふまえ介護支援事業者が作成した「居宅サービス計画」に基づき行います。

## 12、料金について

料金は1か月毎にお支払いいただきます。お支払いいただく料金の設定は以下の通りになります。

### (1) 基本料・加算料

サービスが介護保険の適応を受ける場合は、原則として通所リハビリテーション費、入浴・リハビリ等の1割負担または2割負担、3割負担と、食費の合計をお支払いいただきます。ただし、保険料の滞納などにより介護保険の適応とならない場合は、一旦、サービス費全体（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。

## 13、サービス（契約）終了について

- ・利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院したとき
- ・利用者が要介護認定で自立と認定されたとき
- ・利用者が死亡したとき
- ・利用者や家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシャルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれがある場合であって、その危害の発生、又は再発生を防止することが著しく困難で、介護サービス提供が困難であると判断した場合、30日以上の予告期間を置いて上で理由を記載した文書によりサービスを終了いたします。

※要介護認定の方の加算は以下の通りになります。

- ① 通所リハビリテーション費  
利用者の要介護度、利用時間に応じた介護報酬単価の1割または、2割・3割負担をお支払いいただきます。
- ② 食費  
サービス利用中に食べていただいた分の金額をお支払いいただきます。
- ③ 入浴介助加算(Ⅰ)  
入浴サービスを利用された場合に加算されます。
- ④ 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及び浴室の環境を評価し個別の入浴計画を作成した場合に加算されます。
- ⑤ 送迎  
施設で送迎を行わなかった場合は減算されます。
- ⑥ リハビリテーション提供体制加算4  
リハビリテーションを実施する専門の職員の割合が利用者の25名に対して1名配置されている場合に加算されます。
- ⑦ リハビリテーションマネジメント加算A(イ) (ロ) B(ハ)  
リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な立場から利用者の状況等に関する情報を他事業者の職員と共有や厚生労働省に情報を提出している場合に1月に1回加算されます。通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し同意を得た日の属する月から起算して6月以内と6月を超えた際に加算が異なります。加算B(ハ)の場合は口腔と栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有し厚生労働省に情報を提出した場合となります。
- ⑧ 短期集中リハビリテーション実施加算  
退院(所)日がまたは認定日から起算して3月内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に加算されます。
- ⑨ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(Ⅱ)  
認知症と医師が判断した利用者に対して退院(所)日または通所利用開始日から起算して3月以内の期間に集中的なりハビリテーションを行った場合に加算されます。

⑩ 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目標及び目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等を計画書に定め、利用者の有する能力の向上を支援した場合に加算されます。リハビリテーション実施計画に基づき利用を開始した日の属する月から起算して3月内または3月を超え6月以内の際で加算が異なります。

⑪ 若年性認知症利用受入れ加算

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日につき加算されます。

⑫ 栄養改善加算

低栄養状態またはそのおそれのある利用者に対して、栄養状態の改善等を目的として行った場合に3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算されます。

⑬ 栄養スクリーニング加算

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、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算されます。

⑭ 栄養アセスメント加算

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、利用者又はその家族に対しその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応した場合に加算されます。

⑮ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)

介護サービス事業者の従事者が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と栄養状態の確認を行い、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に加算されます。

⑯ 口腔機能向上加算

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て口腔機能の向上を目的とした指導や訓練等を行った場合に3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算されます。

⑰ 重度療養管理加算

要介護3、要介護4、要介護5の利用者で厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対して計画的な医学管理のもと通所リハビリテーションを利用した場合に加算されます。

⑱ 中重度ケア体制加算

要介護3、要介護4、要介護5の利用者で厚生労働大臣が定める状態にある利用者の割合が総数の内30%以上である場合に加算されます。

⑱ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士が80%以上または勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置されている場合に加算されます。

⑳ 介護職員処遇改善加算Ⅰ(ロ)

介護職員の処遇改善を目的として、基本サービス費に各種加算減算を加えた所定単位数に111/1000乗じた単位数が加算されます。

㉑ 科学的介護推進体制加算

利用者の身体状況、リハビリ、既往歴など利用者の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。

**※介護予防(要支援の認定)の方の加算は以下の通りになります。**

① 介護予防通所リハビリテーション費

利用者の要介護度、利用時間に応じた介護報酬単価の1割または2割・3割負担をお支払いいただきます。

② 食費

サービス利用中に食べていただいた分の金額をお支払いいただきます。

③ 栄養改善加算

低栄養状態にある利用者またはそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士らが栄養状態の改善、指導、評価を行った場合に1月につき加算されます。

④ 栄養スクリーニング加算

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、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算されます。

⑤ 口腔機能向上加算

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て口腔機能の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または、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合に1月につき加算されます。

⑥ 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)

運動機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスのうち、複数のサービスを組み合わせて実施された場合に1月につき加算されます。

⑦ サービス提供体制強化加算( I )

介護福祉士が 80%以上または勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上配置されている場合に  
加算されます。

⑧ 退院時共同指導加算

リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション実施計画書  
を確認し、医療機関の退院前カンファレンスに参加し評価した場合に加算されます。

⑨ 介護職員等処遇改善加算 I (ロ)

介護職員等の処遇改善を目的として、基本サービス費に各種加算減算を加えた所定単位数に  
111/1000 乗じた単位数が加算されます。

⑩ 科学的介護推進体制加算

利用者の身体状況、リハビリ、既往歴など利用者の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出  
している場合に加算されます。

(2)

理美容代、行事代(特別な行事の場合)、おむつ代など別途料金がかかります。

※通所リハビリテーション費については世帯の収入に応じて利用者負担の上限があります。

〈利用者負担の上限〉

世 帯	利用者負担上限額 (円)
○世帯に課税所得 690 万以上の 64 歳以上の人がいる	世帯 140,100 円
○世帯に課税所得 380 万以上 690 万未満の 65 歳以上の人がいる	世帯 93,000 円
○世帯に市民税課税の人がいる	世帯 44,400 円
○世帯全員が市民税非課税	世帯 24,600 円
○世帯全員が市民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の 合計が 80 万円以下の人	個人 15,000 円
○世帯全員が市民税非課税であって老齢福祉年金を受給している人	
○生活保護を受給している人	個人 15,000 円
○利用者負担を 15,000 円に減額することで生活保護の受給者とな らない場合	世帯 15,000 円

一世帯の介護保険の給付を受けられている方の負担額の合計が減額対象になります。

一旦通常の負担額を支払った後で払い戻しを受けることになりますので、該当される方は  
ご相談ください。

#### 14、料金のお支払い方法

利用者の負担金の支払いは、毎月 10 日頃に請求書をもって利用者へ通知いたします。  
送迎の際、職員にお渡しいただくか、25 日までに窓口にお支払いください。  
(銀行振り込み・口座振替もできますのでご希望の際はお申し出ください)

#### 《振込口座》

【振込先銀行】	西日本シティ銀行 野芥支店
【名義人】	社会医療法人福西会
【口座番号】	1 1 4 2 8 3 0

#### 15、キャンセルについて

利用者がサービス利用を中止する際には速やかにご連絡下さい。  
利用者の都合でお休みされる場合には、ご利用の前日迄にご連絡下さい。ただし、利用者の急変や体調不良、その他やむを得ない事情が生じた場合、当日のキャンセルは朝 8 時 30 分までにご連絡をお願いします。利用当日朝 8 時 30 分以降でのキャンセルはキャンセル料 (550 円) が発生いたします。

#### 16、守秘義務及び個人情報の保護

- ①施設の職員は、施設の職員である期間及び施設の職員で亡くなった後においても正当な理由なくその業務上知り得た利用者または、その家族の個人情報を漏らしてはならない。
- ②施設は職員であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはその家族の個人情報を漏らすことがないように、必要な処置を講ずるものとする。
- ③施設は、居宅介護支援事業者に対して利用者に関する情報を提供する際には、利用者または家族の同意を得るものとする。

#### 17、身体拘束に関する方針について

身体拘束に関する苑の基本方針、及び身体拘束を行う場合のその基準についての具体的な項目・手順を定め、またはひまわり苑の利用者の特性をふまえ、人権擁護の視点から〈抑制しないケア〉目標や具体的な内容を明確にし、全職員がその考えを十分に理解し利用者の行動を抑制しないケアに努める。

- ① 入所時の情報や利用者の状況が「緊急やむを得ない場合」の 3 つの要件をすべて満たしているか否かをカンファレンスで検討。
  - A. 利用者本人または他の利用者などの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いかどうか。
  - B. 身体拘束がその他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護がないかどうか。
  - C. 身体拘束その他の行動制限は一時的であるかどうか。
- ② 3 つの要件に該当する場合、施設長に報告し拘束内容を看護師・介護福祉士・リハビリテーション職員等で検討する。

- ③ 利用者・家族に対して身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間等を説明し十分な理解を得た上で同意書に署名していただく。
- ④ 拘束開始後は、経過観察記録に状況を記載する。その場合は、以下の項目に特に注意する。
  - ・利用者の病用や精神状態の観察。
  - ・抑制用具の位置や状況の点検。
  - ・抑制部位の循環障害や感覚機能障害の有無。
- ⑤ 身体拘束中、「緊急やむを得ない場合」の3項目に該当するかどうかを常に観察し、該当しなくなった時点で速やかに解除する。

## 18、虐待防止に関する方針について

事業者は、利用者の人権擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定。  
【虐待防止に関する担当者】 神田久美子(看護師・看介護部長)
- ② 成年後見制度の利用を支援。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦情を相談できる体制を整えるほか従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境に努める。
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていく。
- ⑤ 虐待防止のための指針を整備する。
- ⑥ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施。
- ⑦ サービス提供中に、当該施設授業者または擁護者による虐待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する。

## 19、事故発生時の対応と安全対策について

事故・安全対策検討委員会(毎月第3火曜日)を開催し、事故防止及び事故発生時は対応マニュアル、チャートに基づいて迅速かつ的確に対応することとしています。

サービスの提供にともなって、事業所の責めに帰すべき事由により損害賠償が生じた場合に備え、損害賠償保険に加入しています。 【事故安全対策担当者】 尾辻康夫(支援相談員)

## 20、相談・要望・苦情などの窓口

当施設ご利用中のサービスに関する相談・要望・苦情などはサービス提供責任者か下記相談窓口までお申し出ください。

【サービス相談窓口】 TEL：092-804-8000

(介護支援専門員) 齊田知晃

(看護・介護部長) 神田久美子

(支援相談員) 尾辻康夫・小田祐介

※以下のように処理いたします。

- ① 相談・要望・苦情等を各部署（医師、介護支援専門員、看護、介護、リハビリテーション、事務、栄養科、通所リハビリテーション）で検討いたします。
- ② 苦情処理委員会（施設長、介護支援専門員、事務長、介護部長、各部署所属長）にて討議し対応いたします。
- ③ 上記の結果をご家族・関係機関に報告いたします。

※公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

福岡市 保健福祉局 高齢者社会部 事業指導課（施設指導係）	所在地：福岡市中央区天神1丁目8-1 電話：092-711-4319 対応時間：平日8時45分～17時15分
早良区役所 保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地：福岡市早良区百道2丁目1-1 電話：092-833-4356 対応時間：平日8時45分～17時15分
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地：福岡市博多区吉塚本町13-47 電話：092-642-7859 対応時間：平日8時30分～17時
福岡県運営適正化委員会	所在地：春日市原町3丁目1番7号 クローバープラザ4階東棟 電話：092-915-3511 対応時間：月曜日～金曜日9時～17時
福岡市 保健福祉局 高齢者サービス支援課 ※高齢者虐待に関する苦情相談窓口	所在地：福岡市中央区天神1丁目8-1 電話：092-915-3511 対応時間：平日8時45分～17時15分

## 21、その他、お願い

- ① サービスのご利用時間内に体調が悪くなり、事業者がサービスの継続が困難と判断した場合、お迎えをお願いする場合がありますのでご了承ください。
- ② かかりつけ医による新たな病気の診断や薬の変更があった場合は必ずご連絡ください。
- ③ 体調が悪いときはお休みいただくか職員にご相談ください。
- ④ 利用者同士の金品の貸し借りや贈与はできません。
- ⑤ サービス従事者に対する飲食物などの心配は一切必要ありません。

## 22、非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める「介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣施設との協力	関連施設「介護老人保健施設さわら老健センター」「福西会病院」「福西会南病院」との非常時における相互の応援体制を確立しています。

非常時の訓練 防火設備等	別途に定める「介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑消防計画」にのっとり年2回以上(夜間を含む)の消防訓練を実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	ガス漏れ報知機	あり
	避難階段	3 か所	防火戸	4 か所
	避難器具(滑り台)	1 か所	室内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	39 か所	非常放送装置	あり
	カーテン・ブラインド等は防火性能のあるものを使用しています。		非常用発電機	あり
消防計画等	消防署への届け日：令和7年11月15日 防火責任者：辻 徹也			

### 通所リハビリテーション利用料(概算)

#### ① 通所リハビリテーション（6時間以上7時間未満）

基本サービス費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	754円	897円	1,035円	1,200円	1,361円
2割負担	1,508円	1,794円	2,070円	2,400円	2,722円
3割負担	2,262円	2,691円	3,105円	3,600円	4,083円

#### ② 短時間通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満）

基本サービス費	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担	389 円	420 円	453 円	483 円	518 円
2 割負担	778 円	840 円	906 円	966 円	1,036 円
3 割負担	1,167 円	1,260 円	1,359 円	1,449 円	1,554 円

③ 加算料

加算表	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)	23 円	46 円	69 円
入浴介助加算(Ⅰ)	42 円	84 円	126 円
入浴介助加算(Ⅱ)	64 円	128 円	192 円
栄養スクリーニング加算	5 円	10 円	15 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 円	10 円	15 円
栄養改善加算	211 円	422 円	633 円
栄養アセスメント加算	53 円	106 円	159 円
重度療養加算	106 円	211 円	318 円
中重度者ケア体制加算	22 円	43 円	66 円
リハビリテーション提供体制加算 4	25 円	50 円	75 円
リハビリテーションマネジメント加算(A)			
(イ)同意日の属する月から 6 月以内	585 円	1,182 円	1,773 円
(イ)同意日の属する月から 6 月超	251 円	506 円	759 円
(ロ)同意日の属する月から 6 月以内	620 円	1,240 円	1,860 円
(ロ)同意日の属する月から 6 月超	286 円	572 円	858 円
リハビリテーションマネジメント加算 (B)			
(ハ)同意日の属する月から 6 月以内	837 円	1,674 円	2,511 円
(ハ)同意日の属する月から 6 月超	502 円	1,004 円	1,506 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	116 円	233 円	348 円
認知症短期集中リハビリテーション実施(Ⅰ)	254 円	507 円	762 円
認知症短期集中リハビリテーション実施(Ⅱ)	2,026 円	4,052 円	6,078 円
生活行為リハビリテーション実施加算 ※利用開始日の属する月から 6 月以内	1,319 円	2,638 円	3,957 円
若年性認知症利用者受入れ加算	64 円	127 円	192 円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	159 円	318 円	477 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	169 円	338 円	507 円
科学的介護推進体制加算	42 円	84 円	126 円
退院時共同指導加算	633 円	1,266 円	1,899 円
介護職員等処遇改善 (Ⅰ)	1 月につき+所定単位×111/1000		

キャンセル料 (当時利用 8 時 30 分以降キャンセルの場合)	550 円
----------------------------------	-------

## 介護予防通所リハビリテーション利用料(概算)

### ① 介護予防通所リハビリテーション (利用開始月から起算して 12 月以内)

基本サービス費	要支援 1	要支援 2
1 割負担	2,392 円	4,461 円
2 割負担	4,784 円	8,922 円
3 割負担	7,176 円	13,383 円

### ① 介護予防通所リハビリテーション (利用開始月から起算して 12 月を超えての利用した場合)

基本サービス費	要支援 1	要支援 2
1 割負担	2,266 円	4,207 円
2 割負担	4,532 円	8,414 円
3 割負担	6,798 円	12,621 円

### ② 加算料

加算表	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制加算(Ⅰ)(要支援 1)	93 円	186 円	279 円
サービス提供体制加算(Ⅰ)(要支援 2)	186 円	372 円	558 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 円	10 円	15 円
栄養アセスメント加算	53 円	106 円	159 円
栄養改善加算	211 円	422 円	633 円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	159 円	318 円	477 円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	169 円	338 円	477 円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	507 円	1,014 円	1,521 円
退院時共同指導加算	633 円	1,266 円	1,899 円
科学的介護推進体制加算	42 円	84 円	126 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ (ロ)	1 月につき+所定単位×111/1000		
キャンセル料 (当時利用 8 時 30 分以降でキャンセルの場合)	550 円		

### ③ その他(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共通)

昼食代	※ 6 時間以上 7 時間未満利用者のみ		550 円	
おやつ代	※ 6 時間以上 7 時間未満利用者のみ		200 円	
理美容代	カット		2,000 円	
	丸刈り		1,500 円	
	顔そり		800 円	
写真代	1 枚		40 円	
	レギュラーパッド	15 円	リハビリパンツ(S)	50 円

おむつ代 (1枚)	さらさら安心パッド兼用	25円	リハビリパンツ(M)	55円
	〃 プレミアム	35円	リハビリパンツ(L)	60円
	〃 ウルトラ	50円	安心テープ止め(S)	60円
	〃 エクストラ	75円	安心テープ止め(M)	65円
			安心テープ止め(L)	80円
文書料	証明書			1,110円

#### 保証契約書

この度、貴施設を利用します上は「居宅サービス契約書」「重要事項説明書」「サービス内容説明書」記載に関する諸事項を承諾し特に下記事項については、貴施設に迷惑をかける事を保証人連署の上、誓約致します。

1. 施設内の諸規則を堅く守り、療養、入所・通所生活、退所時時期については貴施設の指示に従います。
2. 施設利用料、食事療養費及び室料負担額について同意し、指定の期日に支払い致します。
3. 身元に関する一切の事項について迷惑をお掛け致しません。尚、介護保険証、保険証、住所、電話番号等、届出事項に変更が生じた場合は速やかに連絡します。

契約締結日

令和 年 月 日

私は身元引受人・連帯保証人として、契約書、重要事項説明書、サービス内容説明書委に基づき介護老人保健施設サービスについて説明を受け、全てにおいて承諾しましたので、上記誓約を承諾します。本契約の締結を証する為本書を2通作成し、ご利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとする。

【ご利用者】

氏名

住所

【身元引受人】

氏名

続柄

住所

連絡先(一般電話)

携帯電話

勤務先(職業)

電話番号

【連帯保証人】

氏名

続柄

住所

連絡先(一般電話)

携帯電話

勤務先(職業)

電話番号

尚、連帯保証人（ ）は、ご利用者様（ ）に対して、本契約上負担する一切の債務を極度額30万円の範囲内で連帯して保証する。

【事業者】 社会医療法人 福西会 介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑

【住所】 福岡県福岡市早良区早良1丁目5番56号 TEL 092-804-8000

【代表者】 施設長 久保 真一

