

介護老人保健施設 弥生園

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

重要事項説明書 利用約款

社会医療法人 天神会
介護老人保健施設 弥生園

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） 重要事項説明書・利用約款

（重要事項説明書・約款の目的）

第1条 介護老人保健施設 弥生園（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）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およびそれに準じた住まいにおいて、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、一定の期間、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保証人（以下「保証人」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、本重要事項説明書・約款の目的とします。

（適用期間）

第2条 1 本約款は、利用者が介護老人保健施設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）利用同意書を当施設に提出以降から効力を有します。
但し、保証人および連帯保証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、第4条又は第5条による解除がない限り、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（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及び別紙3（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。

（身元保証人）（以下：保証人）

第3条 利用者は、次の各号の要件を満たす保証人を立てます。但し、利用者が保証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 保証人は、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 50 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 保証人は、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、保証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 保証人が第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、利用者及び保証人に対し、相当期間内にその保証人に代わる新たな保証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 保証人の請求があったときは、当施設は保証人に対し、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 利用者及び保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス (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 (介護予防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、この場合利用者及び保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス (介護予防サービス) 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 保証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 利用者又は保証人が正当な理由なく、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) 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、利用者及び保証人に対し、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 (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・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 利用者及び保証人が、本約款に定める利用料金を3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15日間以内に支払われない場合
- 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 (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
- ④ 利用者又は保証人が、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、精神的暴力又はセクシャルハラスメント、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
- ⑤ 第3条第4項の規定に基づき、当施設が新たな保証人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな保証人を立てない場合。但し、利用者が新たな保証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。
- ⑥ 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利用していただくことができない場合

(利用料金)

- 第6条 1 利用者及び、保証人及び連帯保証人は、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 (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、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、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、利用者及び保証人、又は利用者若しくは保証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、原則毎月15日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の最終日までに支払うものとします。
- 3 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は保証人、又は利用者若しくは保証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 1 当施設は、利用者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) サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を保険給付日後5年間(保健)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、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。
- 3 当施設は、保証人が第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、利用者が保証人に対する閲覧、謄写に反対する意思表示した場合その他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。
- 4 前項は、当施設が保証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、利用者及び保証人以外の親族が第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、施設長又は医師が判断し、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 1 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又は保証人若しくはその親族等に関する個人情報の利用目的を別紙3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ていることから、情報提供を行なうこととします。
- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所 (地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕) 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)
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(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、協力医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 前項のほか、通所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、保証人又は利用者若しくは保証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 1 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、当施設は利用者の保証人又は利用者若しくは保証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。

(要望又は苦情等の申出)

- 第 12 条 利用者及び保証人又は利用者の親族は、当施設の提供する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) に対しての要望又は苦情等について、別紙 1 に記載する相談担当者に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛て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。

(賠償責任)

- 第 13 条 1 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、利用者及び保証人は、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。

(虐待の防止等)

- 第 14 条 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。

(利用契約に定めのない事項)

- 第 15 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、利用者又は保証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 >

弥生園（介護予防）通所リハビリテーションのご案内
（令和 8 年 6 月 1 日現在）

1. 事業所の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 弥生園
- ・所在地 福岡県小郡市山隈 273-8
- ・代表者職氏名 施設長 吉村修一（医師）
- ・電話番号 0942-41-2888 / ファックス番号 0942-65-5460
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（4052980035 号）

（2）当事業所の事業目的と運営方針

1）事業の目的

社会医療法人天神会が開設する、介護老人保健施設弥生園（以下「事業所」という。）が行う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）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、当該事業所において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。

2）運営方針

- 1 事業所は、ケアプラン（居宅サービス（介護予防サービス）計画）及び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）計画に基づき、要介護（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援）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事ができるよう、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事により、利用者の心身の維持回復、活動、社会参加の促進を図るものとする。
- 2 事業所は、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サービスを提供するように努めるものとする。
- 3 事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、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ものとの密接な連携に努めるものとする。

（3）事業所の職員体制

職 種	人 員 配 置
医 師	専任の常勤医師 1 名以上
介護・リハビリ職員	常勤換算で 10 名以上

（4）通所定員 40 名/単位（計 80 名）

（5）サービスを提供する地域

小郡市・大刀洗町・筑前町・朝倉市・久留米市・筑紫野市
上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(6) 営業日及び営業時間

- 【営業日】 月曜日から土曜日（祝祭日を含む）
【休業日】 日曜日、年末年始
【営業時間】 9：00～17：00

2. サービス内容

- ① 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) 計画の立案
- ② 個別リハビリテーション
- ③ 食事提供
昼食 12：00～13：00
- ④ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑤ 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。ただし、身体の状態に応じて清拭や中止等対応となる場合があります。）
- ⑥ 排泄介助
- ⑦ 医学的管理・看護（健康管理・服薬管理）
- ⑧ アクティビティ・レクリエーション等他者との交流
- ⑨ 生活支援・相談援助
- ⑩ 送迎
- ⑪ その他
＊1時間以上2時間未満の短時間帯利用者においては上記③⑤を除く

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、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 新古賀リハビリテーション病院みらい
- ・住所 小郡市山隈 273-11
- ・電話 0942-73-0011

◇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

- ・当事業利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所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、事業所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。

飲酒・喫煙

- ・施設（事業所）内および施設敷地内では飲酒、喫煙することはできません。

金品・物品・食品等の授受、交換

- ・当事業所利用時間内における、金品・物品・食品等の利用者間での授受、受け渡しは、予期せぬトラブルを未然に予防する観点より一切禁止させていただきます。どうしても必要な際には事前にスタッフへご相談いただき、ご家族様等と連絡をとらせていただきながら都度判断させていただきます。

設備・備品の利用

- ・施設設備および備品は本来の使用方法に従い、丁寧に取り扱ってください。
- ・施設設備および備品等の破損・欠損等が生じた際には速やかに報告してください。

金銭・貴重品の管理

- ・貴金属・現金・通帳・カード類・その他貴重品等の高価・高額なものの持ち込みはご遠慮ください。万一持ち込まれる際は原則として利用者各自で管理し、紛失された場合の責任は負いかねますので、ご了承ください。

5. 非常災害対策

- ・防火・避難訓練が適宜ありますので、御協力ください。
- ・防火設備 スプリンクラー・消火器等
- ・防火訓練 年2回

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して在宅での生活を送っていただくことを支援するため、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」はご遠慮願います。

7. 要望及び苦情等の相談

苦情等の相談につきましては、相談担当者にお気軽にご相談ください。

【相談担当者】 相談担当 中山 僚 （弥生園通所リハビリテーション 副主任）

【電話番号】 0942-41-2888（弥生園事務所）
 0942-73-2342（弥生園通所リハビリテーション直通）

【受付時間】 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00
 毎週土曜日 9：00～12：30

【行政機関その他苦情受付機関】

小郡市役所	所 在 地	小郡市小郡 255-1
長寿支援課介護保険係	電話番号	0942-72-2111
	F A X	0942-73-4466
	受付時間	8：30～17：00

福岡県国民健康保険 団体連合会	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	福岡市博多区吉塚本町 13-47 092-642-7859 092-642-7857 8 : 30～17 : 00
久留米市役所健康福祉部 介護保険課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	久留米市城南町 15-3 0942-30-9205 0942-36-6845 8 : 30～17 : 15
朝倉市役所 保健福祉部 介護サービス課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	朝倉市菩提寺 412-2 0946-22-1111 0946-23-1536 8 : 30～17 : 15
福岡県介護保険広域連合 うきは・大刀洗支部	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	うきは市吉井町 983-1 るり色ふるさと館 2F 0943-74-5355 0943-74-5353 8 : 30～17 : 00
福岡県介護保険広域連合 朝倉支部	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	朝倉郡筑前町久光 951-1 0946-21-8021 0946-21-8031 8 : 30～17 : 00
筑紫野市役所 健康福祉部高齢者支援課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	筑紫野市石崎 1-1-1 092-923-1111 092-920-1786 8 : 30～17 : 00

<別紙 2>

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) 利用開始にあたり
(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 介護保険証・介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証および介護保険負担割合証を確認させていただきます。

2. 利用料および支払方法等

- ・サービスの利用料金は要介護度、利用時間、利用回数、利用サービス内容等により異なり、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合に応じた一部負担金をお支払いいただきます。
- ・原則毎月 15 日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の最終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、金融機関口座自動引き落とし、銀行振込の 2 方法があります。利用申込み時にご相談ください。

通所リハビリテーション／基本サービス料・加算

○基本サービス（1 日につき）

サービス提供 時間帯	要介護区分	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)
1 時間以上 2 時間未満	・要介護 1	369 円	738 円	1,107 円
	・要介護 2	398 円	796 円	1,194 円
	・要介護 3	429 円	858 円	1,287 円
	・要介護 4	458 円	916 円	1,374 円
	・要介護 5	491 円	982 円	1,473 円
2 時間以上 3 時間未満	・要介護 1	383 円	766 円	1,149 円
	・要介護 2	439 円	878 円	1,317 円
	・要介護 3	498 円	996 円	1,494 円
	・要介護 4	555 円	1,110 円	1,665 円
	・要介護 5	612 円	1,224 円	1,836 円
3 時間以上 4 時間未満	・要介護 1	486 円	972 円	1,458 円
	・要介護 2	565 円	1,130 円	1,695 円
	・要介護 3	643 円	1,286 円	1,929 円
	・要介護 4	743 円	1,486 円	2,229 円
	・要介護 5	842 円	1,684 円	2,526 円
4 時間以上 5 時間未満	・要介護 1	553 円	1,106 円	1,659 円
	・要介護 2	642 円	1,284 円	1,926 円
	・要介護 3	730 円	1,460 円	2,190 円
	・要介護 4	844 円	1,688 円	2,532 円
	・要介護 5	957 円	1,914 円	2,871 円
5 時間以上 6 時間未満	・要介護 1	622 円	1,244 円	1,866 円
	・要介護 2	738 円	1,476 円	2,214 円
	・要介護 3	852 円	1,704 円	2,556 円
	・要介護 4	987 円	1,974 円	2,961 円
	・要介護 5	1,120 円	2,240 円	3,360 円

6 時間以上 7 時間未満	・ 要介護 1	715 円	1,430 円	2,145 円
	・ 要介護 2	850 円	1,700 円	2,550 円
	・ 要介護 3	981 円	1,962 円	2,943 円
	・ 要介護 4	1,137 円	2,274 円	3,411 円
	・ 要介護 5	1,290 円	2,580 円	3,870 円
7 時間以上 8 時間未満	・ 要介護 1	762 円	1,524 円	2,286 円
	・ 要介護 2	903 円	1,806 円	2,709 円
	・ 要介護 3	1,046 円	2,092 円	3,138 円
	・ 要介護 4	1,215 円	2,430 円	3,645 円
	・ 要介護 5	1,379 円	2,758 円	4,137 円

○加算（1 日につき）

加算名	内容・区分等		自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院・退所又は認定日から起算して 3 月以内に個別リハビリを集中的に実施した場合（2 回以上/週）		110 円	220 円	330 円
理学療法士等体制強化加算 （1 時間以上 2 時間未満の方のみ）	配置基準を超えて、専従かつ常勤のリハビリテーション専門職を 2 名以上配置している事業所		30 円	60 円	90 円
リハビリ提供体制加算 （3 時間以上 4 時間未満時間帯以上の時間帯をご利用の方のみ）	リハビリテーション専門職を通常の配置基準を超えて手厚く配置し（1/25 以上）、リハマネジメントに基づく長時間サービスを提供している場合	3 時間～4 時間	12 円	24 円	36 円
		4 時間～5 時間	16 円	32 円	48 円
		5 時間～6 時間	20 円	40 円	60 円
		6 時間～7 時間	24 円	48 円	72 円
		7 時間～8 時間	28 円	56 円	84 円
退院時共同指導加算	病院入院患者の退院に当たり通所リハビリスタッフが退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導をおこなった場合		600 円	1,200 円	1,800 円
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴を行った場合		40 円	80 円	120 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち介護福祉士を 50% 以上配置		18 円	36 円	54 円
送迎減算	当事業所による送迎を利用しなかった場合減額		▲47 円	▲94 円	▲141 円

○加算（1月につき）

加算名	内容・区分等		自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	多職種共同で継続的にリ ハビリの質を管理し利用 者毎のリハ計画書等の情 報を厚労省へ提出、必要 な情報を有効に活用	同意から 6 月以内	593 円	1,186 円	1,779 円
		同意から 6 月以降	273 円	546 円	819 円
リハビリテーション マネジメント加算 4	事業所の医師が利用者等に説明し、利用 者の同意を得た場合		270 円	540 円	810 円
科学的介護推進体制加 算	利用者毎の ADL・栄養状態・口腔機能・ 認知機能その他心身の状況等の基本的 情報を厚労省に提出し、サービスの提供 にあたって適切かつ有効に必要な情報 を活用した場合		40 円	80 円	120 円
介護職員等処遇改善 加算（Ⅱロ）	介護職員の処遇改善の為施設が必要な対策を 行っている場合		10.8%		

介護予防通所リハビリテーション／基本サービス料・加算

○1月につき

加算名	内容・区分等		自己負担額（1 割）	自己負担額（2 割）	自己負担額（3 割）
基本サービス料	要支援 1		2,268 円	4,536 円	6,804 円
	要支援 2		4,228 円	8,456 円	12,684 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち介護福祉士を 50%以上配置	要支援 1	72 円	144 円	216 円
		要支援 2	144 円	288 円	432 円
退院時共同指導加算	病院入院患者の退院に当たり通所リハビリスタッフが退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導をおこなった場合		600 円	1200 円	1800 円
科学的介護推進体制加算	利用者毎の ADL・栄養状態・口腔機能・認知機能その他心身の状況等の基本的情報を厚労省に提出し、サービスの提供にあたって適切かつ有効に必要な情報を活用した場合		40 円	80 円	120 円
利用開始月から 12 月を超えて実施した場合	利用開始した日の属する月から起算して 12 月を超えて利用を行う場合	要支援 1	▲120 円		
		要支援 2	▲240 円		
介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）	介護職の処遇改善の為施設が必要な対策を行っている場合		10.8%		

その他の料金／介護保険給付外サービス：実費負担金

食費 ……700 円

※ご利用をキャンセルされる場合は、ご利用日前日 17 時までにご連絡をお願い致します。
 期限を過ぎた場合は食事代 (700 円) をご負担いただきます。

個人情報利用目的・同意書

(令和8年6月1日現在)

介護老人保健施設弥生園では、利用者及び家族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、利用目的を以下のとおり定めます。またサービス担当者会議等において、利用者及びご家族の個人情報を利用することに同意致します。

【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介護サービスのうち
 - －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所等との連携（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の提出
 - －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

〔その他の利用目的〕

- ・医療介護の質や医療介護技術向上の為、検体・画像（静止画像・動画）データーを、匿名化した上で研究会・論文・認定資格等の資料として使用させていただくことがあります。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____
(代筆者)

<ご家族>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(介護予防)通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設弥生園（介護予防）通所リハビリテーションを利用するにあたり、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）重要事項説明書・利用約款及び別紙１、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、利用開始を希望します。

令和 年 月 日

<利用者>

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代筆者： _____ ()

介護老人保健施設 弥生園
施設長 吉村 修一 殿

電話番号 _____

【身元保証人】

氏 名	(続柄) _____ 印 _____
住 所	〒 -
電話番号	(自宅) _____ (携帯電話) _____
勤 務 先	(電話番号) _____

【連帯保証人】

氏 名	(続柄) _____ 印 _____
住 所	〒 -
電話番号	(自宅) _____ (携帯電話) _____
勤 務 先	(電話番号) _____

- * 連帯保証人に関しましては、利用者、身元保証人と別世帯の方をお願い致します。
- * 連帯保証人は、利用者及び身元保証人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 50 万円の範囲内で、利用者及び身元保証人と連帯して支払う責任を負います。

住所：福岡県小郡市山隈 273-8

施設名：介護老人保健施設 弥生園

介護保険事業所番号：4052980035

施設長：吉村 修一