

## 「指定通所リハビリテーション」重要事項説明書

医療法人社団 高邦会 みずま高邦会病院  
みずま通所リハビリテーションセンター

当事業所は福岡県から介護保険の指定を受けています。  
(福岡県指定事業所番号) 別表示  
(第4077900068号)

当事業所はご契約者（三者契約においては以下「ご利用者」と読み替える）に対して指定通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 苦情の受付について.....	6
7. 身体拘束の防止について.....	7
8. 高齢者虐待防止について.....	7

### 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団 高邦会
- (2) 法人所在地 福岡県大川市大字酒見 141 番地 11
- (3) 電話番号 0944-87-0001
- (4) 代表者氏名 理事長 高木 邦格
- (5) 設立年月 昭和61年4月1日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所リハビリテーション事業所・平成13年1月1日指定  
介護保険事業所番号 福岡県第4077900068号  
※当事業所はみずま高邦会病院に併設されています。
- (2) 事業所の目的 通所リハビリテーションの提供にあたる従業者が、要介護状態にある高齢者等に対し、心身機能の回復又は維持、日常生活上の自立を助けることを目的として、理学療法、作業療法及びその他必要なリハビリテーションを提供する。
- (3) 事業所の名称 みずま通所リハビリテーションセンター
- (4) 事業所の所在地 福岡県三潁郡大木町八町牟田 1621 番地 1
- (5) 電話番号 0944-87-8880
- (6) 事業所長（管理者）氏名 小池 文彦（病院長）
- (7) 当事業所の運営方針 事業所の従業者は、要介護者等の心身機能の回復又は維持、日常生活上の自立を助けることを目的として、理学療法、作業療法、及びその他必要なリハビリテーションを行う。  
事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
- (8) 開設年月 平成13年1月1日
- (9) 利用定員 60人
- (10) 事業所が行っている他の業務  
[介護予防通所リハビリテーション] 平成18年4月1日指定

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 三潁郡大木町、大川市、久留米市（城島町・三潁町に限る）  
柳川市、筑後市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	祝日を含む月曜日～土曜日（12月31日から1月3日は除く）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時00分～16時30分

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービス及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

##### <主な職員の配置状況>

職 種	人数
1. 医師（管理者含む）	3名
2. リハビリテーション職員	5名
3. 看護職員	1名
4. 介護職員	8名

##### <主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師(管理者含む)	勤務時間：(随時)
2. リハビリテーション職員	勤務時間：8時30分～17時30分 原則として各単位1名以上の作業療法士又は理学療法士等が勤務します。
3. 看護職員 介護職員	勤務時間：8時30分～17時30分 原則として利用者10人ごとに1名以上の看介護職員が勤務します。

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（ご契約者の介護保険負担割合証の割合に応じた額）が介護保険から給付されます。

☆加算対象サービスについてはご契約者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所とご契約者で協議したうえで通所リハビリテーション計画に定めます。

##### <サービスの概要>

ご契約者が可能な限り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計画に基づき、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行います。また必要に応じて以下のサービスを行います。

## ☆共通的服务

### ①リハビリテーションマネジメントの実施

- ・他職種が共同してご契約者ごとにリハビリテーション実施計画を作成します。実施計画に対し進捗状況を定期的に評価し、居宅サービスを担う他の事業所に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

### ②入浴サービス

- ・入浴又は清拭を行います。車椅子利用でもリフト浴槽を使用して入浴することができます。

### ③食事の提供及び介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 12時00分～13時00分

### ④送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。通常の事業実施地域外からのご利用の場合でも、交通費実費はいただきません。

### ⑤排泄介助

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

## ☆加算対象サービス

加算の対象サービスは、料金表に示す項目となります。ご契約者の状態に伴う計画に従い加算対象サービスを提供します。実施した際は、そのご契約者に応じた負担割合にて追加料金としてご負担いただきます。

### <サービス利用料金(1回あたり)>（契約書第6条参照、三者契約の場合は第7条参照）

料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

### (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照、三者契約の場合は第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1日あたり650円

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：作品の材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照、三者契約の場合は第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算してご請求します(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)。

現金または振込の方は、毎月25日までにお支払ください。口座振替の方は、毎月27日(金融機関営業日以外は翌営業日)の振替を予定しています。

(4) 利用の中止、変更 (契約書第7条参照、三者契約の場合は第8条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所リハビリテーションサービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照、三者契約の場合は第 21 条参照）

### （1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます

○苦情受付窓口（担当者）

[所属長] 梅崎 直美

○電話番号 0944-89-2228

○受付時間 毎週月曜日～土曜日  
8時30分～17時30分

### 苦情解決の方法

当事業所では、苦情解決責任者（管理者）を選定し、ご契約者等から苦情の申し出があれば速やかに苦情処理委員会を開催し誠意を持ってその解決に努めます。

### （2）行政機関その他苦情受付機関

福岡県介護保険広域連合本部	所在地電 話番号	福岡市博多区千代1丁目17番1号 092-643-7055
福岡県国民健康保険団体連合 会介護保険課	所在地電 話番号	福岡市博多区吉塚本町13番地47号 092-642-7859
福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	所在地 電話番号	柳川市三橋町正行431番地柳 川市役所三橋町庁舎内 0944-75-6301
福岡県介護保険広域連合 大木支部	所在地電 話番号	三潞郡大木町大字八町牟田255番地1 0944-32-1060
福岡県介護保険広域連合 柳川支部	所在地電 話番号	柳川市三橋町正行431番地 0942-75-6301
柳川市介護保険課	所在地電 話番号	柳川氏本町87番地1 0944-73-8111

大川市役所健康課 介護保険課	所在地電 大川市大字酒見 256 番地 1 話番号 0 9 4 4—8 5—5 5 2 2
久留米市役所健康福祉部 介護保険課	所在地電 久留米市浄南町 15 番 3 話番号 0 9 4 2—3 0—9 2 0 5
久留米市城島町総合支所 市民福祉課	所在地電 久留米市城島町檜津 743 番地 2 話番号 0 9 4 2—6 2—2 1 1 2
久留米市三潞総合支所 市民福祉課	所在地電 久留米市三潞町玉光 2779 番地 1 話番号 0 9 4 2—6 4—2 3 1 2
筑後市介護保険課	所在地 筑後市大字山の井 898 番地 電話番号 号 0 9 4 4—5 3—4 1 1 5

## 7. 身体拘束の防止について（契約書第 21 条参照、三者契約の場合は第 22 条参照）

当事業所において、原則としてご契約者に対して身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合は、ご契約者及びそのご家族に対し説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由および様態等についての記録を行います。

（別紙の緊急やむを得ない場合の身体拘束に関する説明と同意書を参照）

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、ご契約者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りします。
- (3) 一時性：ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

## 8. 高齢者虐待防止について（契約書第 22 条参照、三者契約の場合は第 23 条参照）

当事業所はご契約者の人権の擁護・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。

- (1) 事業所では、ご契約者等の人権擁護及び虐待防止を推進し、高齢者虐待の早期発見、早期対応を図るとともに、ご契約者及びそのご家族等の支援を行いその負担の軽減を図ります。
- (2) 養護者又は介護従事者等による、高齢者虐待を発見した場合には、速やかに市町村等に連絡いたします。
- (3) 事業所は、研修等を通じ従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

- (4) 通所リハビリテーション計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (5) 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞等を相談できる体制を整えるほか、従業員がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造り 地上4階
- (2) 建物の延べ床面積 8,246㎡
- (3) 事業所の周辺環境

当事業所はみずま高邦会病院1階に併設されています。大木町と大川市の境界に位置しており田園風景に囲まれ静かな環境に恵まれています。近年道路整備が進み、多方面への外出にも利便性が増しております。

### 2. 職員の配置状況 <配置職員の職種>

**医師**…診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に要介護者等の心身の状況、病歴及びその置かれている状況を踏まえ、理学療法士、作業療法士その他の従業者と共同して通所リハビリテーション計画を作成します。  
適切なリハビリテーションが行えるよう健康状態等の把握を行います。

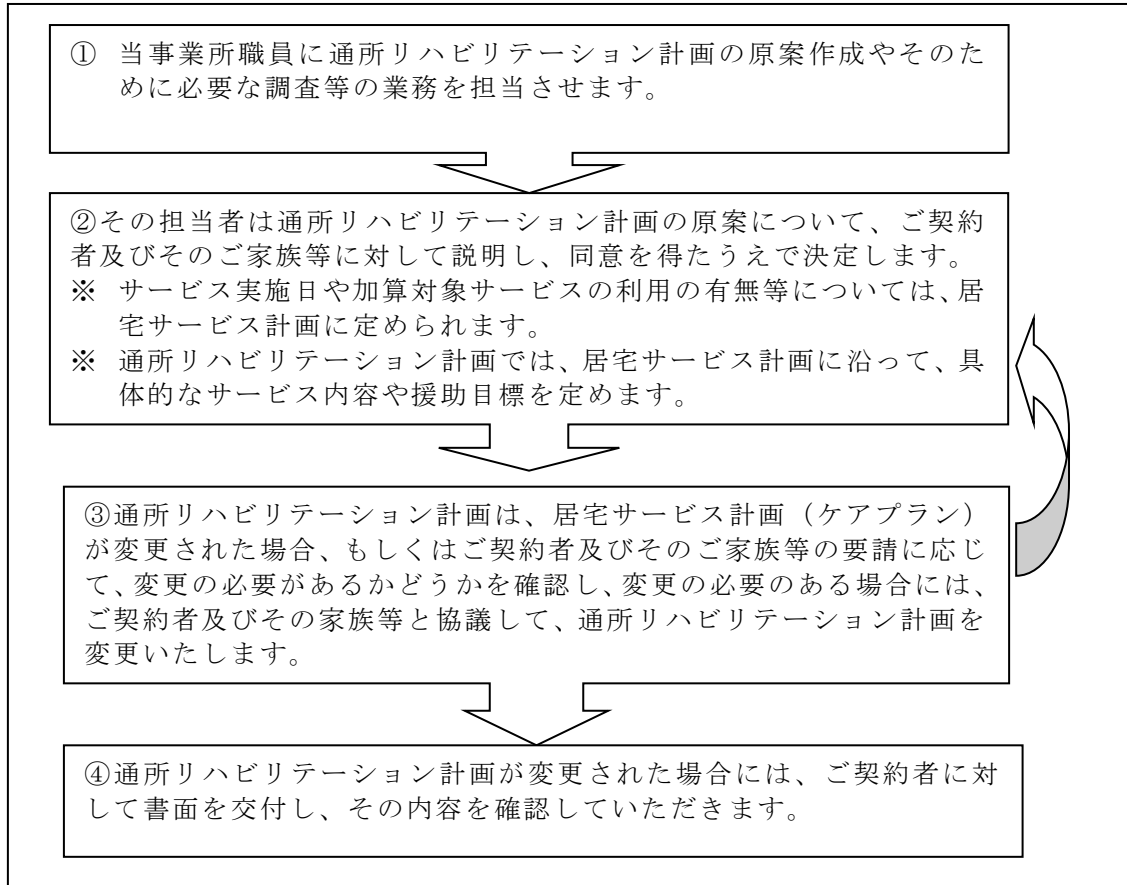
**リハビリテーション職員**…具体的な通所リハビリテーション計画書を作成し、要介護者等に対して理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行います。

**看護職員**…医師等の指示の基、要介護者の介護及び心身の機能回復、リハビリテーション指導及び健康状態の観察を行います。

**介護職員**…通所リハビリテーション計画書に従ったサービスの実施に努めます。

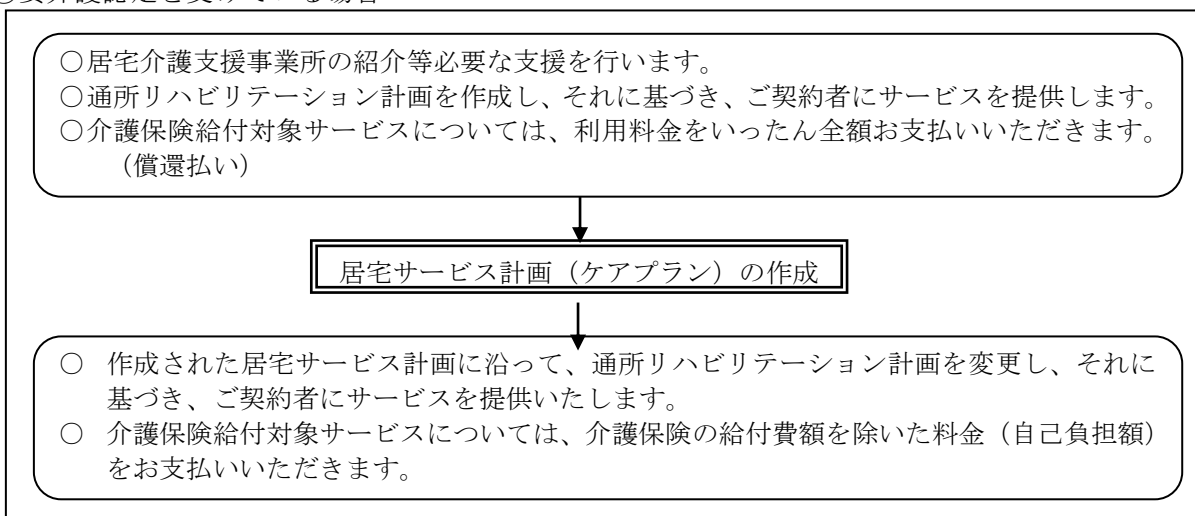
### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所リハビリテーション計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

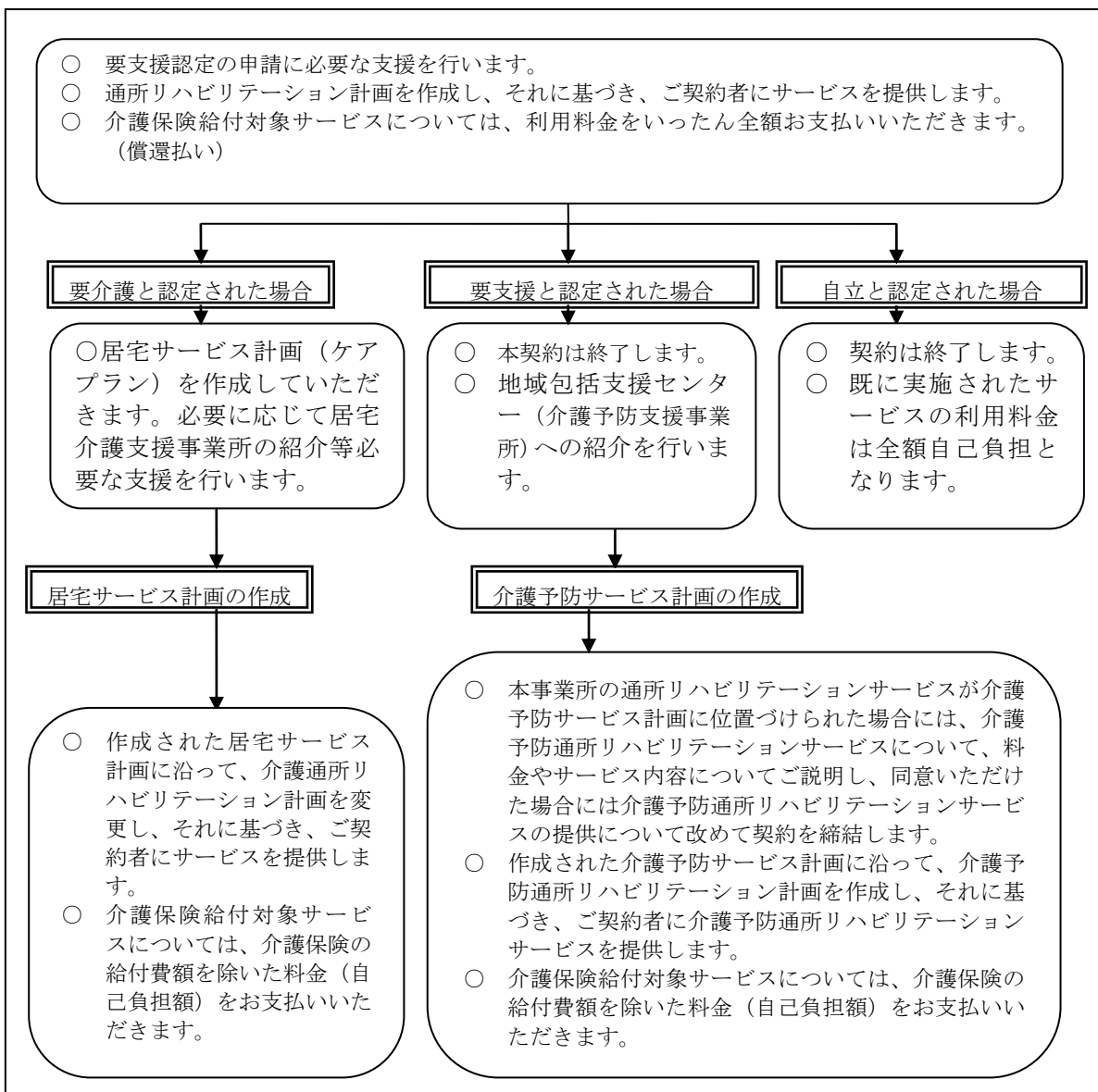


- (2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

#### ① 要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業所の義務（契約書第9条、第10条参照、三者契約の場合は第10条、第11条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

- ・ ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
- ・ サービス担当者会議など、ご契約者に係る他の介護保険事業所等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご契約者又はそのご家族等の個人情報を用いることができるものとします。

## 5. サービスの利用に関する留意事項

### (1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 11 条参照、三者契約の場合は第 12 条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

### (2) 喫煙

事業所が定めた場所以外での喫煙はできません。

## 6. 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照、三者契約の場合は第 13 条、第 14 条参照）

当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所の損害賠償額を減じる場合があります。

## 7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 15 条参照、三者契約の場合は第 16 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要支援又は非該当と判定された場合
- ③やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業所から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

**（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 16 条、第 17 条参照、三者契約の場合は第 17 条、第 18 条参照）**

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前（※最大 7 日）までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ⑤事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

**（２）事業所からの契約解除の申し出（契約書第 18 条参照、三者契約の場合は第 19 条参照）**

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上（※最低 3 か月）遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合（例：職員、他利用者へのハラスメント行為・暴力行為・迷惑行為 等）

**（３）契約の終了に伴う援助（契約書第 15 条参照、三者契約の場合は第 16 条参照）**

契約が終了する場合には、事業所はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

みずま通所リハビリテーションセンター 料金表

単位:円

④法定代理受領サービスに該当する場合の通所リハビリテーション費(10割)(利用者の負担金額は、その利用者の負担割合による額)

基本サービス費	利用時間 (1日につき)	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	備考
	要介護1	3,690	3,830	4,860	5,530	6,220	7,150	7,620	
要介護2	3,980	4,390	5,650	6,420	7,380	8,500	9,030	※リハビリテーション提供 体制加算は、基本単位 に加算	
要介護3	4,290	4,980	6,430	7,300	8,520	9,810	10,460	※事業所が送迎を行わ ない場合は、片道につき 470円減算	
要介護4	4,580	5,550	7,430	8,440	9,870	11,370	12,150		
要介護5	4,910	6,120	8,420	9,570	11,200	12,900	13,790		
リハビリテーション提供体制加算(1日につき)		120		160	200	240	280		
加算	理学療法士等体制強化加算(1日につき)						300	1時間以上2時間未満利用の方	
	リハビリテーションマネジメント加算イ(1月につき)						5,600	利用開始月から6月内	
	リハビリテーションマネジメント加算ロ(1月につき)						2,400	利用開始月から6月以上の場合	
	リハビリテーションマネジメント加算ハ(1月につき)						5,930	利用開始月から6月内	
	リハビリテーションマネジメント加算ヘ(1月につき)						2,730	利用開始月から6月以上の場合	
	リハビリテーションマネジメント加算ニ(1月につき)						7,930	利用開始月から6月内	
	リハビリテーションマネジメント加算ヒ(1月につき)						4,730	利用開始月から6月以上の場合	
	指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に 対して説明し、利用者の同意を得た場合(1月につき)						2,700		
	短期集中リハビリテーション個別実施加算(1日につき)						1,100	退院・退所日又は新たに要介護 認定を受けた日から3月内	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(1日につき)						2,400	退院・退所日又は新たに要介護 認定を受けた日から3月内	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(1月につき)						19,200	週2回を限度	
	若年性認知症利用者受入加算(1日につき)						600		
	生活行為向上リハビリテーション実施加算(1月につき)						12,500	利用開始した月から6月内	
	移行支援加算(1日につき)						120		
	重度療養管理加算(1日につき)						1,000	要介護3~5であって、手厚い 医療が必要な状態の方	
	科学的介護推進体制加算(1月につき)						400		
	入浴介助加算(Ⅰ)(1日につき)						400		
	入浴介助加算(Ⅱ)(1日につき)						600		
	口腔機能向上加算(Ⅰ)(1回につき)						1,500	月2回を限度	
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(1回につき)						1,550		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(1回につき)						1,600		
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき)						200	6月に1回を限度	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき)						50		
栄養アセスメント加算(1月につき)						500			
栄養改善加算(1回につき)						2,000	月2回を限度		
退院時共同指導加算(退院1回につき)						6,000			
サービス提供体制加算(Ⅰ)(1日につき)						220			
処遇改善加算関連	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)				上記の基本サービス費と加算より、算定した単位合計の1,000分の86				

⑤法定代理受領サービスに該当しない場合のサービス料金

- ※ 利用者が、上記④の各区分・項目に該当するサービスを受け、支給限度額を超えて利用する場合、  
超過分については全額実費負担として請求する。
- ※ 食事の提供に要する費用については、1日あたり650円(ドリンク又はおやつのみの場合は110円)を請求する。
- ※ 個人的に使用する材料代については、実費負担とし相当額を請求する。

⑥その他利用料に係る事項

- ※ 介護報酬の単位端数は四捨五入した単価を算出し、金額換算する。
- ※ 法定代理受領サービスに係るサービスによる保険請求及び利用者への請求は、介護報酬の告示内容に基づき請求する。
- ※ 感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合、以下の対応を行う。  
・前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、基本報酬の3%の加算を行う。
- ※ これらの項目については、利用者及び家族に同意を得るとともに契約を交わす。

2025年12月1日

## 重要事項に関する説明及び同意書

令和 年 月 日

指定通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

医療法人社団 高邦会 みずま高邦会病院  
みずま通所リハビリテーションセンター

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受けその内容を理解しましたので、指定通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

代理人の場合

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## 個人情報等使用同意書

私は、医療法人社団 高邦会 みずま高邦会病院 みずま通所リハビリテーションセンターにおける通所リハビリテーションサービスの利用に伴い、事業所職員が知り得た私の個人情報および家族の情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

○本人署名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

○代理人署名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_) (印)

○家族代表者署名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_) (印)