

# 介護予防通所リハビリテーション事業所アイリス

## 重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して通所リハビリテーションを提供します。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、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護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。

医療法人 健康会

## 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 健康会
- (2) 法人所在地 愛媛県四国中央市上分町7 3 2 番地 1
- (3) 電話番号 0 8 9 6 - 5 9 - 2 2 1 5
- (4) 代表者氏名 理事長 石 川 繁 一
- (5) 設立年月日 平成 2 3 年 6 月 1 日

### 1. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所リハビリテーション  
平成26年 4月 1日指定  
介護保険事業所番号 3851380026号

- (2) 事業所の目的と運営方針

(目 的)

介護予防通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために必要な事項を定め、事業所の従業者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正なリハビリテーションサービスを提供することを目的とする。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

(運営方針)

ご利用者が要支援状態等になられた場合においても、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リハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

又常に、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、ご利用者との信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図り、ご利用者の主体性の尊重とご家族との交流を目指します。

又事業所は、地域との結び付きを重視するとともに、市、地域包括支援センター、介護予防支援事業者、他の介護予防サービス事業者、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。

- (3) 事業所の名称 指定介護予防通所リハビリテーション事業所 アイリス
- (4) 施設の所在地 愛媛県四国中央市上分町7 3 2 番地 1
- (5) 電話番号 (0 8 9 6) - 5 8 - 0 0 1 1
- (6) F A X 番号 (0 8 9 6) - 5 8 - 0 0 2 1
- (7) 管理者(施設長) 氏 名 石川 洋三
- (8) 開設年月日 平成 2 6 年 4 月 1 日

(9) 通常の事業の実施地域 四国中央市

(10) 営業日及び営業時間

|          |                                                                                                   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 営業日      | <b>【1単位目】</b><br>月曜～土曜 祝祭日営業<br><b>【2単位目、3単位目、4単位目】</b><br>月曜～金曜 祝祭日営業<br>(年末年始12月31日～1月3日までを除く。) |
| 営業時間     | <b>【1単位目、2単位目】</b><br>月～土 8時30分～17時30分<br><b>【3単位目、4単位目】</b><br>月～金 8時30分～17時30分                  |
| サービス提供時間 | 月～土 9時00分～16時05分<br>月～金 8時50分～12時00分<br>月～金 13時20分～16時30分<br>(送迎時間を除いた、標準的な施設滞在時間)                |

(11) 利用定員 115名

(1単位目…60名 ・ 2単位目…25名 ・ 3単位目…15名 ・ 4単位目…15名)

## 2. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種                 | 員数          | 指定基準 |
|--------------------|-------------|------|
| 1. 施設長(管理者・医師)     | 1名(兼務)      | 1名   |
| 2. 看護職員            | 2名以上(非常勤含)  | 0名   |
| 3. 介護職員            | 15名以上(非常勤含) | 12名  |
| 4. 理学又は作業療法士、言語聴覚士 | 4名以上(兼務含)   | 1名   |
| 5. 管理栄養士           | 1名以上(兼務含)   | 1名   |

(令和6年 4月 1日現在)

〈主な職種の勤務体制〉

| 職 種                | 勤 務 体 制                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. 医師              | 勤務時間 : 9:00～18:00                                           |
| 2. 介護職員            | 勤務時間 : 7:30～16:30<br>8:00～17:00<br>8:30～17:30<br>9:00～18:00 |
| 3. 看護職員            | 勤務時間 : 8:30～17:30                                           |
| 4. 理学又は作業療法士、言語聴覚士 | 勤務時間 : 8:00～17:00<br>8:30～17:30                             |

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 5. 管理栄養士 | 勤務時間 : 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 |
|----------|----------------------------|

#### 〈主な配置職員の職務内容〉

**医師**…………… ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

**介護職員**…………… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

**看護職員**…………… 主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

**理学療法士、作業療法士**

**言語聴覚士**……… ご利用者の機能訓練を担当します。

**管理栄養士**……… ご利用者の栄養管理を担当します。

### 3. 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### ☆ 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

#### ☆ 介護予防通所リハビリテーションサービス

当事業所でのサービスは、介護予防サービス計画に添った、介護予防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。

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利用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8条参照）＊

以下サービスについては、利用料金の大部分（介護保険負担割合証の保険者負担分、通常9割・8割・7割）が介護保険から給付されます。

##### 〈サービスの概要〉

##### ① 入 浴

- ・入浴又は清拭の援助を行います。

##### ②排 泄

- ・ご利用者の排泄の援助を行います。

##### ③機能訓練

- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により、ご利用者の心身等の状況に応じて、

日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するためのリハビリテーションを実施します。

#### ④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

#### ⑤介 護

- ・介護予防サービス計画又は介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて実施します。

#### ⑥送迎サービス

- ・ご利用者の要望に応じて、送迎サービスを行います。  
送迎人員 全職員で行い、運転手以外に介助の人員が1名同乗します。  
但し、特段必要のない場合は運転手1名で対応を行います。

#### 〈サービス利用料金〉（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、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。（基本料金については、月定額の利用料金になっています。）

| 1. ご利用者の要支援度とサービス利用料金                         | 要支援 1<br>1ヶ月につき<br>22,680 円 | 要支援 2<br>1ヶ月につき<br>42,280 円 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. うち介護保険から給付される金額(1割)                        | 20,412 円                    | 38,052 円                    |
| 3. うち介護保険から給付される金額(2割)                        | 18,144 円                    | 33,824 円                    |
| 4. うち介護保険から給付される金額(3割)                        | 15,876 円                    | 29,596 円                    |
| 5. サービス利用にかかる自己負担額(1割)                        | 2,268 円                     | 4,228 円                     |
| 6. サービス利用にかかる自己負担額(2割)                        | 4,536 円                     | 8,456 円                     |
| 7. サービス利用にかかる自己負担額(3割)                        | 6,804 円                     | 12,684 円                    |
| 8. 食事に係る自己負担額                                 | 1食あたり 600 円×利用回数            |                             |
| 5 自己負担額合計<br>(5+8) 1割<br>(6+8) 2割<br>(7+8) 3割 |                             |                             |

例) 要支援 2(自己負担 1割)のご利用者が1ヶ月に8回利用した場合

4,228 円（基本単価）＋〔600 円（食費）×8 回〕＝9,028 円 になります。

☆ 介護予防サービスを月の途中で開始又は終了した場合については、日割りにより費用を算出します。（但し、ご利用者の状態の改善等により、結果的にサービスの利用が不要となった場合には該当しません。）

これ以外に介護保険給付対象となる加算項目について

（退院時共同指導加算）

病院又は診療所入院中のものが退院するに当たり、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、該当者に対する初回の指定介護予防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、6,000円（国の基準）の1割（600円）、2割（1200円）3割（1800円）を加算します。

（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為の目標を踏まえたリハビリテーション実施計画に予め定めて、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用者を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき5,620円（国の基準）の1割（562円）、2割（1,124円）、3割（1,686円）を加算します。

（12月超減算）

利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算します。

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 要支援1 | 1,200円（国の基準）の1割（120円）減算 |
|      | 1,200円（国の基準）の2割（240円）減算 |
|      | 1,200円（国の基準）の3割（360円）減算 |
| 要支援2 | 2,400円（国の基準）の1割（240円）減算 |
|      | 2,400円（国の基準）の2割（480円）減算 |
|      | 2,400円（国の基準）の3割（720円）減算 |

（一体的サービス提供加算）

利用者に対して、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に、1月につき4,800円（国の基準）の1割（480円）、2割（960円）、3割（1440円）を加算します。ただし、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

(栄養アセスメント加算)

利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、1月につき500円(国の基準)の50円(1割)、100円(2割)、150円(3割)を加算します。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

(栄養改善加算)

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、当該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を行った場合は、3か月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき2,000円(国の基準)の1割(200円)、2割(400円)、3割(600円)を加算します。

(口腔・栄養スクリーニング加算)

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のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる所定単位数を加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

1回につき200円(国の基準)の1割(20円)、2割(40円)、3割(60円)

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

1回につき50円(国の基準)の1割(5円)、2割(10円)、3割(15円)

(口腔機能向上加算)

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の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は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)

1月につき1,500円(国の基準)の1割(150円)、2割(300円)、3割(450円)

(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)

1月につき1,600円(国の基準)の1割(160円)、2割(320円)、3割(480円)

(同一建物に対する減算)

当該事業所と同一建物に居住する方又は、当該事業所と同一建物から当該介護予防通所リハビリテーションに通う方に対し当該指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は減算する。

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 要支援1 | 3,760円(国の基準)の1割(376円)減算   |
|      | 3,760円(国の基準)の2割(752円)減算   |
|      | 3,760円(国の基準)の3割(1,128円)減算 |
| 要支援2 | 7,520円(国の基準)の1割(752円)減算   |
|      | 7,520円(国の基準)の2割(1,504円)減算 |
|      | 7,520円(国の基準)の3割(2,256円)減額 |

(科学的介護推進体制加算)

利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき400円(国の基準)の40円(1割)、80円(2割)、120円(3割)を加算します。

(サービス提供体制強化加算)

以下の基準を満たした場合に、所定単位数に加算します。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 要支援1 | 1月につき880円(国の基準)の1割(88円)    |
|      | 1月につき880円(国の基準)の2割(176円)   |
|      | 1月につき880円(国の基準)の3割(264円)   |
| 要支援2 | 1月につき1,760円(国の基準)の1割(176円) |
|      | 1月につき1,760円(国の基準)の2割(352円) |
|      | 1月につき1,760円(国の基準)の3割(528円) |

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 要支援1 | 1月につき720円(国の基準)の1割(72円)    |
|      | 1月につき720円(国の基準)の2割(144円)   |
|      | 1月につき720円(国の基準)の3割(216円)   |
| 要支援2 | 1月につき1,440円(国の基準)の1割(144円) |
|      | 1月につき1,440円(国の基準)の2割(288円) |
|      | 1月につき1,440円(国の基準)の3割(432円) |

(介護職員処遇改善加算)

介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場



合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算する。

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)総単位数の1,000分の86に相当する単位数

☆ ご利用者がまだ要支援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。要支援の認定を受けた後、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、介護予防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、ご利用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。

☆ ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

☆ 介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用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7条参照) \*

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### 〈サービスの概要と利用料金〉

#### ①食費

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用と調理コスト相当です。

料金: 1食あたり 600円

利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスに係る費用

#### ②レクリエーション、クラブ活動

必要に応じて材料代等の実費をいただきます。

##### 日常的に必要な諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用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ご負担いただきます。

おむつ代: 1枚当たり 尿とり 40円、平板(中) 70円、平板(大) 100円、テープ止め(M) 120円、テープ止め(L) 120円、パンツ式(M) 90円、パンツ式(L) 100円、パンツ式(LL) 110円

#### ③ 文書料(1通につき)

各種証明書 1,000円～

(※内容により金額が違います。)

請求書・領収書の再発行 50円

(※基本的には再発行は致しかねますので大切に保管下さい。)

証明書等を発行する場合、文書料として請求させていただきます。(消費税別途)

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、特別の事情がない限り、翌月25日までにお支払い下さい。

#### ア. 指定銀行口座への振込み

伊予銀行 川之江支店 普通預金口座NO. 1706681

口座名義 医療法人 健康会 介護老人保健施設 アイリス

理事長 石川 繁一

#### イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関:愛媛銀行 伊予銀行 愛媛信用金庫 宇和島信用金庫

東予信用金庫 川之江信用金庫 四国労働金庫

愛媛県信連 愛媛県下農業協同組合

### (4) サービス利用にあたっての注意事項

利用者は、次の各号に掲げる事項を守り、相互の親睦と融和に努めなければならない。

- ① 火気の取扱に注意し、所定の場所以外で喫煙しないこと
- ② 建物、備品その他の器具を破損し、若しくは持ち出さないこと
- ③ 喧嘩、口論または暴力行為等、他人の迷惑になることをしないこと
- ④ 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
- ⑤ 宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すこと

※ 施設長は、利用者が故意にこの規程等に違反したと認めたときは、当該利用者の市に対し所定の手続きにより、サービス提供の中止等の措置を行うものとする。

## 4. 損害賠償について（契約書第15条参照）

☆利用時の金銭・貴重品の持参は控えて頂きたいと思います。必要時に限り事業所からの連絡により持参をお願いする事とします。金銭・貴重品を事業所の指示なく持参され、利用中に万が一紛失された際は、事業所での弁償等の一切の責任は負いかねる事を了承して頂きます。

## 5. 苦情の受付について（契約書第23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）

〔職種〕 通所リハ副主任 濱田 真治

○受付時間 毎週月曜日～土曜日（祝日可） 8：30～17：30

【 日曜日・年末年始の１２月３１日～１月３日までを除く 】

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

○苦情解決責任者 施設長 石川 洋三

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                   |                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| 四国中央市福祉部<br>介護保険課 | 所在地 四国中央市三島宮川４丁目６番５５号<br>電話番号 ０８９６－２８－６０２５<br>受付時間 平日 ８：３０～１７：１５ |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 愛媛県国民健康保険団体<br>連合会 | 所在地 愛媛県松山市高岡町１０１－１<br>電話番号 ０８９－９６８－８８００（代表）<br>受付時間 平日 ８：３０～１７：１５ |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|

## 苦情処理第３者委員

| 氏 名    | 所 属                            |
|--------|--------------------------------|
| 高橋 功   | (元) 四国中央市民生児童委員 (０８９６－５８－３００１) |
| 山崎 八重子 | (元) 四国中央市民生児童委員 (０８９６－５６－３３０４) |

## 6. 事故発生時の対応（契約書第 25 条参照）

- ① 事業所は、事業所のサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。
- ③ 事業所は、事業所のサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。
- ④ 事故が発生又は再発することを防止する為、次の措置を講じる。
  - (1) 事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止の為の指針を整備する。
  - (2) 事故が発生した時又はそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備する。
  - (3) 事故発生の防止の為の委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行う。

## 7. 虐待防止について

- ① 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- ② 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町に通報するものとする。

## 8. 身体拘束等の適正化について

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

## 9. ハラスメント対策の強化について

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、必要な措置を講ずるものとする。

## 10. 個人情報保護について（契約書第26条参照）

当事業所が保有する利用者等の個人情報に関し、適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得る為に、自主的なルールおよび体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

### 11. 感染症対策体制の徹底について

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練の実施を行うものとする。

### 12. 非常災害時の対応について

風水害・地震などの災害に対して、防災についての必要事項を定めたマニュアル（別紙参照）を遵守し、災害発生時の人命の安全ならびに被害の抑制・軽減、二次災害防止を図るとともに、医療機関等への連携など必要な措置を講じます。又、定期的に防災訓練を実施するとともに各部署への防災啓発に努めます。

### 1 3. 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画(BCP)等の策定、研修の実施、訓練の実施を行うものとする。

### 1 4. 福祉サービス第三者評価事業について

社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環です。

平成 30 年 4 月 1 日より、取り組み強化が謳われ、利用者の適切なサービス選択に資するものとなり得ることから、福祉サービス第三者評価を積極的に受審することが望ましいとされている。

|               |      |        |           |
|---------------|------|--------|-----------|
| 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     |           |

### 1 5. 連帯保証人について（契約書第 27 条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 50 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務についてご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

附 則

- 1、この重要事項は、平成26年 4月 1日より施行する。
- 2、この重要事項の一部を平成26年 8月 1日に改正し、同日より施行する。
- 3、この重要事項の一部を平成27年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 4、この重要事項の一部を平成27年 8月 1日に改正し、同日より施行する。
- 5、この重要事項の一部を平成29年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 6、この重要事項の一部を平成30年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 7、この重要事項の一部を平成30年 8月 1日に改正し、同日より施行する。
- 8、この重要事項の一部を平成31年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 9、この重要事項の一部を令和 1年 7月 1日に改正し、同日より施行する。
- 10、この重要事項の一部を令和 1年10月 1日に改正し、同日より施行する。
- 11、この重要事項の一部を令和 1年12月 1日に改正し、同日より施行する。
- 12、この重要事項の一部を令和 2年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 13、この重要事項の一部を令和 3年 4月 1日に改正し、同日より施行する。
- 14、この重要事項の一部を令和 4年10月 1日に改正し、同日より施行する。
- 15、この重要事項の一部を令和 6年 6月 1日に改正し、同日より施行する。
- 16、この重要事項の一部を令和 7年 6月 1日に改正し、同日より施行する。

# 介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護予防通所リハビリテーション事業所 アイリスを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用契約書及び重要事項説明書を受領し、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ます。

令和      年      月      日

<利用者>

住所

氏 名

＜家族代表者＞

住所

氏 名

介護予防通所リハビリテーション事業所 アイリス

管理者 石川 洋三 殿

【契約書第8条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

|       |      |
|-------|------|
| ・氏 名  | (続柄) |
| ・住 所  |      |
| ・電話番号 |      |

【契約書第12条2項の緊急時の連絡先】

|       |      |
|-------|------|
| ・氏 名  | (続柄) |
| ・住 所  |      |
| ・電話番号 |      |

【契約書第27条の連帯保証人】

|       |      |
|-------|------|
| ・氏 名  | (続柄) |
| ・住 所  |      |
| ・電話番号 |      |