令和８年６月１日改訂

介護老人保健施設 愛

訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）

重要事項説明書

当施設は兵庫県の開設許可を受けています。
（第2851280038号）

当施設はご契約者に対し、訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）（以下「訪問リハビリテーション」という。）サービスを提供します。施設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。

１．施設経営法人

(1) 法人名	社会福祉法人　枚方療育園
(2) 法人所在地	大阪府枚方市津田東町２丁目１番１号
(3) 電話番号及びＦＡＸ番号	TEL 072-858-9323　FAX 072-859-6240
(4) 代表者氏名	理事長　山　西　千　晶
(5) 設立年月日	昭和 43 年１月 10 日
(6) ｲﾝﾀｰﾈｯﾄｱﾄﾞﾚｽ	http://www.hirakata-med.or.jp

２．事業の内容

(1) 事業の種類　訪問リハビリテーション

(2) 事業の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、訪問リハビリテーション事業の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った適切な訪問リハビリテーションの提供を確保することを目的とします。

(3) 施設の名称	介護老人保健施設　愛
(4) 施設の所在地	兵庫県三田市東本庄 1188 番地
交通機関	JR 相野駅(ﾀｸｼｰ５分)

(5) 電話番号及びＦＡＸ番号　TEL 079-568-7001（代表）
TEL 079-568-5327（直通） FAX 079-568-5328

(6) 施設長(管理者)氏名　谷﨑　かなび

(7) 当施設の運営方針

事業者はご契約者に対し、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、利用者の居宅において理学療法、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、ご契約者の心身の機能の維持回復を図ります。

事業の実施にあたっては、家庭、市町等の保険者、居宅介護支援事業者（地域包括支援ｾﾝﾀｰ〔介護予防支援事業者〕）、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ることを運営の方針とします。

(8) 開設年月日　令和　３年　８月　１日

(9) 営業日　月曜日～金曜日営業

(10)休業日　土曜･日曜･祝日･12/30～1/3
その他天候等やむを得ない事情が生じた場合

(11)営業時間　午前９時～午後５時まで営業

(12)通常の事業の実施地域　三田市内、丹波篠山市古市地区、今田地区

(13)定員　理学療法士の人員配置による（計６名/日程度）

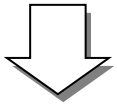
３．利用対象者

(1) ご利用いただける方は、病状が安定期にあり、医学的管理のもと訪問による介護、機能訓練等が必要であると主治医が認め、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護（要支援）」と認定された方です。

(2) 契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いします。

４．サービス提供の手順

① 申込み・相談
当施設所定の利用希望申込書及びかかりつけの医師による診療情報提供書を提出していただき、ご見学時又はご自宅にてご利用に関する相談及び聞き取りを行います。



② 重要事項説明書による説明・同意。
契約の締結。

③ 担当のケアマネージャー（居宅介護支援事業所（地域包括支援ｾﾝﾀｰ〔介護予防支援事業者〕））にサービス利用の申し入れをしてください。その後、当施設と居宅介護支援事業所（地域包括支援ｾﾝﾀｰ〔介護予防支援事業者〕）及びご契約者で連絡調整を行い、ご契約者のサービス内容を決定します。

④ 訪問リハビリテーション計画の作成・利用開始。
訪問リハビリテーション計画を作成しそれに基づきサービスを提供します。

⑤ お支払い。
ご利用された月の翌月10日までに請求書を発行しますので当施設が指定する方法で支払ってください。

５．職員の配置状況及び勤務体制

当施設では、ご契約者に対して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、許可基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	指定基準
１．医師（管理者）	１人		１人
２．理学療法士等	１人		１人

【職員の勤務体制】

職種	職務内容	勤務体制
医師	ご契約者に対して機能訓練・健康管理上の指示、指導を行います。	日勤（ 9：00 ～ 18：00）
理学療法士等	ご契約者の機能訓練を担当します。	日勤（ 9：00 ～ 17：00）

６．当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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 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５条参照）

介護保険の給付対象となる以下のサービスにつきましては、「介護保険負担割合証」に明記された自己負担割合分を除く利用料金が介護保険から給付されます。

Ⅰ 訪問リハビリテーション（要介護１～５の場合）

〈サービスの概要〉

① 相談及び援助

支援相談員により、ご契約者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

② 機能訓練（リハビリテーション）

機能訓練指導員により、ご契約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訓練を実施します。

③ 健康チェック

医師により、ご契約者の病状や心身の状態の把握に努めます。

サービス利用料金（契約書第８条参照）

料金は、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）を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

１割負担（２割負担）【３割負担】

イ　訪問リハビリテーション費

サービスの基本料金となります。

３２５円／回（６５０円／回）【９７５円／回】

注　虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）

が講じられていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。

注　感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない場合や、業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。

注　事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合、0.9 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　事業所と同一建物の利用者 50 人以上にサービスを行う場合、0.85 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　特別地域訪問リハビリテーション加算
国が定めた地域でサービスを提供した場合、所定単位数に 1.15 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　中山間地域等における小規模事業所の場合、所定単位数に 1.10 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　中山間地域等に居住する利用者に対し、サービス提供を行った場合は所定単位数に 1.05 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　短期集中リハビリテーション加算
退院、退所日または認定日から起算して３月以内にリハビリテーションを１週につきおおむね２日以上、１日あたり２０分以上実施した場合、２１１円／日（４２２円／日）【６３３円／日】が加算されます。

注　リハビリテーションマネジメント加算
イ
① リハビリテーション計画について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者またはその家族に説明を行い、同意を得て、その内容等を医師に報告すること。
② リハビリテーションの内容や目標を、リハビリテーション事業所職員、その他関係者と共有するためのリハビリテーション会議を行い、内容の記録を行うこと。（医師への共有はテレビ電話でも可）
③ 3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、計画を適宜見直して
いること。
④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ケアマネジャーに対して、リハビリテーションの観点から有する能力、自立のための支援方法、日常生活の留意点等の情報を提供すること。
⑤理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、利用者の自宅等を訪問し、利用者が利用する他の介護サービスの職員または家族に対して、リハビリテーションの観点から日常生活の留意点、介護のアドバイス等を行うこと。
⑥医師から理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に対して、リハビリテーションの目的とリハビリテーション実施に伴う指示があること（開始前・リハビリテーション中の注意点、リハビリテーション中止の基準、ご利用者

にかかる負荷）

⑦以上に関し、記録を残すこと

以上の内容を満たした場合、下記が加算されます。

１９０円／月（３８０円／月）【５７０円／月】

ロ

（A）イの要件に適合し、利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

以上の内容を満たした場合、下記が加算されます。

２２５円／月（４５０円／月）【６７５円／月】

また、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、下記が加算されます。

２８５円／月（５７０円／月）【８５５円／月】

注　認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合、下記が加算されます。

２５４円／日（５０７円／日）【７６０円／日】

注　口腔連携強化加算

① 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合

② 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合

以上の内容を満たした場合、下記が加算されます。

５３円／回（１０６円／回）【１５９円／回】

注　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合、５２円／回（１０４円／回）【１５６円／回】が減算されます。

ロ　退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、訪問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、退院時共同指導を行った後に、初回の訪問リハビリテーションを行った場合、下記が加算されます。

６３３円／回（１，２６６円／回）【１，８９９円／回】

ハ　移行支援加算

①評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、１００分の５を超えていること。

②リハビリテーションの利用の回転率が「１２月÷平均利用延月数≧２５％」であること。

③評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して１４日以降４４日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。

④リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

以上の内容を満たした場合、下記が加算されます。

１８円／日（３６円／日）【５４円／日】

ニ　サービス提供体制強化加算

（Ⅰ）勤続７年以上の者が１人以上であった場合、７円／回（１３円／回）【１９円／回】が加算されます。

（Ⅱ）勤続３年以上の者が１人以上であった場合、４円／回（７円／回）【１０円／回】が加算されます。

ホ　介護職員等処遇改善加算

イからニまでにより算定した単位数の 1000 分の 15 に 相当する単位数を所定単位数に加算する。

Ⅱ 介護予防訪問リハビリテーション（要支援１・要支援２の場合）

〈サービスの概要〉

① 相談及び援助

支援相談員により、ご契約者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

② 機能訓練

理学療法士等により、ご契約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訓練を実施します。

③ 健康チェック

医師により、ご契約者の病状や心身の状態の把握に努めます。

〈サービス利用料金〉（契約書第８条参照）

下記料金表には、ご契約者の要支援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）を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

１割負担（２割負担）【３割負担】

イ　介護予防訪問リハビリテーション費

サービスの基本料金となります。

３１５円／回（６２９円／回）【９４３円／回】

注　事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者２０人以上にサービスを行う場合、0.9 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　事業所と同一建物の利用者５０人以上にサービスを行う場合、0.85 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。

注　感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない場合や、業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。

注　特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算

国が定めた地域でサービスを提供した場合、所定単位数に 1.15 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　中山間地域等における小規模事業所の場合、所定単位数に 1.10 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　中山間地域等に居住する利用者に対し、サービス提供を行った場合は所定単位数に 1.05 を乗じた単位数で算定することとなります。

注　短期集中リハビリテーション加算

退院、退所日または認定日から起算して３月以内にリハビリテーションを１週につきおおむね２日以上、１日あたり２０分以上実施した場合、２１１円／日（４２２円／日）【６３３円／日】が加算されます。

注　口腔連携強化加算

① 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合

② 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合

以上の内容を満たした場合、下記が加算されます。

５３円／回（１０６円／回）【１５９円／回】

注　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合、５２円／回（１０４円／回）【１５６円／回】が減算されます。

ただし、以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算が適用されません。

・医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。

・訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。

・利用者の退院日から起算して１月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

注　利用を開始した日の属する月から起算して１２月を越えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合、31 円／回（63 円／回）【95 円／回】が減算されます。

ただし、以下のいずれにも該当する場合、減算が適用されません。

・３月に１回以上、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見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ロ　退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、訪問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、退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合、当該退院につき１回に限り、６３３円／回（１，２６６円／回）【１，８９９円／回】が加算されます。

ハ　サービス提供体制強化加算

（Ⅰ）勤続７年以上の者が１人以上であった場合、７円／回（１３円／回）【１９円／回】が加算されます。

（Ⅱ）勤続３年以上の者が１人以上であった場合、４円／回（７円／回）【１０円／回】が加算されます。

ニ　介護職員等処遇改善加算

イからハまでにより算定した単位数の 1000 分の 15 に 相当する単位数を所定単位数に加算する。

介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 6 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。

通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費

(2)　利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記の料金・費用は、1 か月毎に計算し、毎月１０日までに前月分の請求書及び明細書を発行します。支払方法は下記の内容で自動引落しとなりますので預金

口座振替依頼書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ当施設にご提出ください。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。

また、領収書の再発行はいたしかねますので大切に保管してください。

・収納代行会社は明治安田収納ビジネスサービス株式会社（MBS）です。
・別紙「預金口座振替依頼書」をご記入、ご捺印のうえ、ご提出下さい。
・口座振替日は翌月 27 日となります。（金融機関が休みの場合、翌営業日となります。）
・指定口座の通帳には　ＭＢＳ．ロウケンアイ　と印字されます。
・手数料は無料です。（当施設が負担します。）
・口座振替でのお支払いが困難である場合は当施設にご相談下さい。

７．契約の終了について（契約書第 18 条参照）

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、当施設との契約は終了します。

① 介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
③ 当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
④ 当施設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
⑤ ご契約者から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑥ 事業者から解約の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者から中途解約・契約解除の申出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に本契約の解約・解除を申し出ることができます。解約の場合には終了する日の７日前までにお知らせ下さい。但し、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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
③ ご契約者が入院・入所された場合
④ ご契約者に係る居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）が変更された場合
⑤ 事業者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訪問リハビリテーションサービスを実施しない場合
⑥ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑦ 事業者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

(2) 事業者からの申し出による契約解除（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から本契約を解約・解除することができます。

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、又は不実の告示を行い、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ヶ月以上遅延し、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サービス従業者の財物・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

④ ご契約者の行動がサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

⑤ ご契約者の病状、心身状態等が著しく悪化し、適切なサービスの提供を超えると判断された場合もしくは病院又は診療所に入院又は介護保険施設に入所した場合

８．身元引受人(契約書第 22 条参照)

(1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。
しかしながら、ご契約者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

(2) 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきたご家族やご親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

(3) 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連携して、その債務の履行義務を負うことになります。

(4) 身元引受人が死亡又は破産宣告を受けた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者に協力をお願いする場合があります。。

９．苦情の受付について(契約書第 24 条参照)

(1)当施設における苦情の受付

当施設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）〔職氏名〕支援相談員　　達脇 輝行
TEL 079-568-5327（直通）
○苦情解決責任者　　施設長　谷﨑　かなび
○受付時間　　毎週月曜日～金曜日　９：００～１７：００

(2)行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地　神戸市中央区三宮町１丁目９番1-１８０１号 電話番号　（０７８）３３２－５６１７ ＦＡＸ番号　（０７８）３３２－５６５０ 受付時間　９：００～１７：１５　月～金
○三田市介護保険課	所在地　三田市三輪２丁目１番１号 電話番号　（０７９）５６３－１１１１(代) ＦＡＸ番号　（０７９）５６３－１４４７ 受付時間　９：００～１７：００　月～金

１０．サービス提供における事業者の義務(契約書第 11 条、第 12 条参照)

当施設は、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、医師と連携の上、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の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
④ 事業者及びサービス従業者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ただし、医療機関やその他行政等の関連機関との連携に必要がある場合には、ご契約者の心身等の情報を提供するものとします。
なお、ご契約者の円滑な支援等のために個人情報を提供する場合は、ご契約者の同意を得て行います。

１１．施設利用の留意点(契約書第 13 条・第 14 条参照)

当施設のご利用にあたって、快適性、安全性を確保するため、下記のことをお守り下さい。

○ 当施設の職員に対し、迷惑を及ぼす様な宗教活動、政治活動、営利活動、各種ハラスメント行為などを行うことはできません。

○ 各種被保険者証等の変更・更新
ご契約者の介護保険被保険者証、健康保険被保険者証などの各種被保険者証等が変更又は更新された場合には、直ちに当施設に提示してください。提示

がない場合には、利用料等の全額をお支払していただく場合があります。

１２.緊急時の対応(契約書第 26 条参照)

病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨機応変の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとします。

１３．損害賠償について(契約書第 15 条、第 16 条参照)

当事業において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

但し、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、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設での訪問リハビリテーションサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職氏名　　社会福祉法人　枚方療育園
介護老人保健施設　愛
職
氏名　　印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問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。

契約者兼利用者

氏名　　印

身元引受人

氏名　　印
（契約者との関係　　）

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

氏名　　印
（契約者との関係　　）

※立会人

氏名　　印
（契約者との関係　　）