重要事項説明書（介護予防通所リハビリテーション）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えているみなし指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、指定介護予防通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1　みなし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事業者について

事業者名称	医療法人　晴心会
代表者氏名	理事長　野上　浩實
本社所在地 （連絡先及び電話番号等）	大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号 電話：072(484)0007・ﾌｧｯｸｽ：072(484)1949
法人設立年月日	1980 年 4 月 1 日

2　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 晴心会 野上病院（通所リハビリテーション）
介護保険指定事業者番号	みなし指定　№2715601296
事業所所在地	大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号
連絡先 相談担当者名	電話：072(484)0007・ﾌｧｯｸｽ：072(484)1949 通所リハビリテーション　担当：1 単位目　川西　智美 2 単位目　岸　真一郎
事業所の通常の事業の実施地域	泉南市全域、田尻町全域、泉佐野市及び阪南市は、（別紙 1）の区域 ※上記以外は、ご相談ください。
利用定員	120 名 1 単位目 85 人、2 単位目 35 人

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者の皆様が居宅において能力に応じて自立した日常生活が送ることができるように理学療法・作業療法・言語聴覚療法・その他リハビリテーションを行います。
運営の方針	個人の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

営　　業　　日	1単位目：月曜日から土曜日までの週6日とする。 ただし、12月31日・1月1日・1月2日・1月3日を除く。 2単位目：月曜日から土曜日までの週6日とする。 ただし、祝日・12月31日・1月1日・1月2日・1月3日を除く。
営　業　時　間	午前9時～午後5時

(4)サービス提供時間

サービス提供日 及び サービス提供時間	1単位目：月曜日から土曜日までの週6日とする。 ただし、12月31日・1月1日・1月2日・1月3日を除く。 午前　9時～午後　5時（8時間） 2単位目：月曜日から土曜日までの週6日とする。 ただし、祝日・12月31日・1月1日・1月2日・1月3日を除く。 午前　9時00分～午後　0時30分（3時間） 午後　1時30分～午後　3時30分（3時間）

(5)事業所の職員体制

管理者	理事長　野上　浩實

職	職　務　内　容	人員数
管理者（又は管理者代行）	1　従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常　勤　1名
専任医師	1　利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 2　それぞれの利用者について、介護予防通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。	常　勤　5名
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員	1　医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2　利用者へ介護予防通所リハビリテーション計画を交付します。 3　介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話を行います。 4　指定介護予防通所リハビリテーションの実施状況の把握及び介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。	常　勤　　名 非常勤　　名
管理栄養士	1　栄養改善サービスの提供を行います。	常　勤　3名 非常勤　0名

歯科衛生士	1　口腔機能向上サービスの提供を行います。	常　勤　0名 非常勤　0名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常　勤　0名 非常勤　0名

3　提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ　ー　ビ　ス　の　内　容
介護予防通所リハビリテーション計画の作成		利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。
利用者居宅への送迎		事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動･移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

別なサービス （利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。）	リハビリテーションマネジメント （原則として、利用者全員が対象となります。）	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が指定通所リハビリテーションを行い、利用者の状態を定期的に記録します。 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直します。 指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して１月以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。
	栄養改善 注）1	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から３月以内まで）
	口腔機能向上 注）2	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から３月以内まで）
	一体的サービス提供加算	運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施することにより、要支援者等の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。
	若年性認知症利用者の受入	若年性認知症（40 歳から 64 歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

注）1　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注）2　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

⑵ 介護予防通所リハビリテーション従業者の禁止行為

介護予防通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）
② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費(要支援１)			
		利用料	利用者負担額		
			１割	２割	３割
通常の場合（12 月以内）	基本	23,428 円／月	2,343 円／月	4,686 円／月	7,029 円／月
日割り計算による場合	基本	774 円／日	78 円／日	155 円／日	233 円／日
通常の場合（12 月超え）	基本	22,188 円／月	2,219 円／月	4,438 円／月	6,657 円／月
日割り計算による場合	基本	733 円／日	74 円／日	147 円／日	220 円／日
サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費(要支援２)			
		利用料	利用者負担額		
			１割	２割	３割
通常の場合（12 月以内）	基本	43,675 円／月	4,368 円／月	8,735 円／月	13,103 円／月
日割り計算による場合	基本	1,435 円／日	144 円／日	287 円／日	431 円／日
通常の場合（12 月超え）	基本	41,196 円／月	4,120 円／月	8,240 円／月	12,359 円／月
日割り計算による場合	基本	1,353 円／日	136 円／日	271 円／日	403 円／日

※　日割り計算による場合とは、月途中に要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、同一保者険者管内での転居等により事業所を変更した場合などです。上記は、３０．４日で計算しています。

要支援度による区　分	加　　算	利用料	利用者負担額			算定回数
			1 割	2 割	3 割	
な　し	一体的サービス提供加算	4,958 円	496 円	992 円	1488 円	１月につき
	栄養アセスメント加算	516 円	52 円	104 円	155 円	１月につき
	栄　養　改　善　加　算	2,066 円	207 円	414 円	620 円	１月につき
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,549 円	155 円	310 円	465 円	１月につき
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,652 円	166 円	331 円	496 円	１月につき
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	206 円	21 円	42 円	62 円	１回につき（6 月に１回）
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	51 円	6 円	11 円	16 円	１回につき（6 月に１回）
	退院時共同指導加算	6,198 円	620 円	1,240 円	1,880 円	一回につき
	科学的介護推進体制加算	413 円	42 円	83 円	124 円	１月につき

	生活行為向上リハビリテーション実施加算	5,805円	581円	1,161円	1,742円	6月以内 1月につき
	若年性認知症利用者受入加算	2,479円	248円	496円	744円	1月につき
	事業所評価加算	1,239円	124円	248円	372円	1月につき
	同一建物減算（要支援1）	-3,884円	-389円	-777円	-1,166円	1月につき
	同一建物減算（要支援2）	-7,768円	-777円	-1,154円	-2,331円	1月につき
	介護職員処遇改善加算(Ⅰロ) 介護職員処遇改善加算(Ⅱロ) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の111/1000 所定単位数の108/1000 所定単位数の83/1000				1月につき
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供	所定単位数の5/100				1月につき
あり	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1 要支援2	 909円 1,818円	 91円 182円	 182円 364円	 273円 546円	1月につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援1 要支援2	 743円 1,487円	 75円 149円	 149円 298円	 223円 447円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援1 要支援2	 247円 495円	 25円 50円	 50円 99円	 75円 149円	

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70／100となります。

※ 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は1月につき利用料が要支援1は4,018円(利用者負担1割：402円、2割：804円、3割：1206円)、要支援２は7,768円(利用者負担1割：777円、2割：1554円、3割：2331円)減額されます。

※ 介護職員処遇改善加算は介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するため経過的な扱いとして算定するもの。内容としては、介護職員の賃金改善、職員の資質向上の支援等により介護職員の雇用の安定を目的として加算します。

※ 地域区分別の単価(6級地 10.33円)を含んでいます。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護予防サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

４　その他の費用について

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。（別紙 1 参照）
②キャンセル料	サービスに関する、キャンセル料は頂きません（正当な理由がないものを除く）ただし、食事代はキャンセル料を頂きます。（当日、午前 8 時 20 分以降に限り）
③食事の提供に要する費用	655 円（食事の量・摂取量にかかわらず定額　1 食につき）
④おむつ代	施設のおむつを利用された場合は、実費を徴収します。
⑤日常生活費	原則、頂いておりません。

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料（各利用者の負担割合に応じた額）、その他費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ィ 請求書は、利用月の翌月 20 日迄にサービス提供時に請求させて頂きます。なお、途中でサービス提供を中止された場合も翌月の請求とさせて頂きます。その場合は、請求書の送付もしくは電話にて連絡させて頂きます。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア お支払い方法は、原則として預貯金口座から自動振替による支払（手数料は一切かかりません）となります。やむを得ない事情がある場合は、現金払いにて事業所に直接お支払いして下さい。お支払い確認後領収書をお渡し致します。 ィ 利用料領収書の紛失等により領収書の再発行が必要となった場合、発行手数料として 1 部 100 円をお支払いいただきます。

※　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 3 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

６　サービスの提供にあたって

（1）サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

（2）利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

（3）利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします

(4) サービス提供は「介護予防通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます

(5) 介護予防通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

7　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	1単位目　川西　智美 2単位目　岸　真一郎

(2) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(3) 成年後見制度の利用を支援します。

(4) 苦情解決体制を整備しています。

(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(6) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労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の整備に努めます。

8　身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用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ときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内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、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用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ます。

(2) 非代替性‥‥身体拘束以外に、利用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できない場合に限ります。

(3) 一時性……利用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。

9　秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

	③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

10　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、当事業所が利用者に対して行った介護予防通所リハビリテーション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います。状況によっては賠償の対象とならないことをあらかじめ御了承下さい。

＜指定する連絡先＞

【主治医】

病院名及び所在地	
医　　師　　名	
電　話　番　号	

【緊急時連絡先】

氏　　名		続　　柄	
住　　所			
電　話　番　号		携帯電話	

【協力医療機関】

病院名及び所在地	医療法人　晴心会　野上病院 大阪府泉南市樽井１丁目２番地５号
電　話　番　号	072(484)0007

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対するみなし指定介護予防通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するみなし指定介護予防通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険（株）
保険名	居宅介護事業所賠償責任保険

12　心身の状況の把握

みなし指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13　介護予防支援事業者等との連携

① みなし指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当り、介護予防支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付しま

す。

③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

14　サービス提供等の記録

① みなし指定介護予防通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から５年間保存します。

② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

③ 提供したみなし指定通所リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

15　非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者　氏名：（ １単位目　川西　智美　　高見　直子）

（ ２単位目　岸　真一郎　　清水　亮 ）

② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回　４月・１０月）

16　衛生管理等

① みなし指定介護予防通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

②　みなし指定介護予防通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

③　食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17　サービス利用中のお願い

① 利用者同士の物のやりとりは原則としてお断りしています。

② スマートフォンや高価な貴金属等の装飾品の持参は破損紛失もありえますので御遠慮下さい。

③ 利用者またはその家族などが事業者や従業者に対して、サービスの提供を継続しがたいほどの不信行為（暴言・暴力行為、ハラスメント等）を行った場合はサービスの提供を中止させていただく場合があります。

上記①②に対して、万が一トラブルが発生しても責任は一切負いかねます。

18　みなし指定介護予防通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

【包括単位数見積】

内　　容		金額			料金
		1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防通所リハビリテーション費　要支援１（1月につき）		2343円	4686円	7029円	円
介護予防通所リハビリテーション費　要支援１（12月超え　1月につき）		2219円	4438円	6657円	円
介護予防通所リハビリテーション費　要支援２（1月につき）		4368円	8735円	13103円	円
介護予防通所リハビリテーション費　要支援２（12月超え　1月につき）		4120円	8240円	12359円	円
栄養アセスメント加算（1月につき）		52円	104円	155円	円
栄養改善加算（1月につき）		対象者）	対象者）	対象者）	円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（６カ月に１回を限度）		実施月）	実施月）	実施月）	円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（６カ月に１回を限度）		実施月）	実施月）	実施月）	円
口腔機能向上加算（Ⅰ）（１月につき）		対象者）	対象者）	対象者）	円
口腔機能向上加算（Ⅱ）（１月につき）		対象者）	対象者）	対象者）	円
生活行為向上リハビリテーション実施加算（３カ月以内　１月につき）		581円	1161円	1742円	円
科学的介護推進体制加算（1月につき）		42円	83円	124円	円
一体的サービス提供加算（1月につき）		496円	992円	1,488円	円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１（1月につき）	91円	182円	273円	円
	要支援２（1月につき）	182円	364円	546円	円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援１（1月につき）	75円	149円	223円	円
	要支援２（1月につき）	149円	298円	447円	円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援１（1月につき）	25円	50円	75円	円
	要支援２（1月につき）	50円	99円	149円	円
同一建物減算（同一建物に居住する者にサービスを提供）要支援１（1月につき）		-389円	-777円	-1166円	円
同一建物減算（同一建物に居住する者にサービスを提供）要支援２（1月につき）		-777円	-1554円	-2331円	円
１ヶ月合計･･･①					円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（１ヶ月につき所定単位数の８６／１０００加算）【　所定単位数：１ヶ月分の基本料金＋加算料金＋減算料金　】　**①×８．６%･･･②**					円

【介護予防通所リハビリ利用予定日及び時間】

曜日	時間	サービス内容
月	～	
火	～	
水	～	
木	～	
金	～	
土	～	

【食事費】

お食事	655 円　×　　回	1 ヶ月合計…③ 円

ご利用料金総額（①＋②＋③）	**円**

※ここに記載した金額は、概算です。実際のお支払は、ご利用状況等により変動します。
※この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 か月以内とします。

19　サービス提供に関する相談、苦情について

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の確認を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）

【事業者の窓口】

医療法人晴心会野上病院	所 在 地：大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番地 5 号 電話番号：072(484)0007　Ｆ　Ａ　Ｘ：072(484)1949 受付時間:午前 9 時から午後 5 時 担　　当：1 単位目　川西　智美 2 単位目　岸　真一郎

【市町村の窓口】

名称： ※利用者様の保険者	所 在 地: 電話番号: Ｆ　Ａ　Ｘ: 受付時間:
泉佐野広域福祉課	所 在 地: 大阪府泉佐野市市場東 1 丁目 295 番地の 3 電話番号: 072-493-2023 Ｆ　Ａ　Ｘ: 072-462-7780 受付時間:午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分

【公的団体の窓口】

大阪府国民健康保険団体連合会	所 在 地:大阪市中央区常盤町 1―3―8 中央大道　FN ビル 電話番号:06(6949)5418 Ｆ　Ａ　Ｘ:06(6949)5417 受付時間：午前 9 時から午後 5 時

20　提供する第三者評価の実施状況

実施の有無	有　・　(無)
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有　・　無

21　重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

上記内容について、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第１０条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所　在　地	大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号
	法　人　名	医療法人　晴心会
	代 表 者 名	理事長　野上　浩實　　印
	事 業 所 名	医療法人晴心会野上病院（通所リハビリテーション）
	説 明 者 氏 名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	

別紙１

（通常の事業の実施地域）

泉佐野市

区域名称	地番等
新安松	1丁目
新安松	2丁目
新安松	3丁目
高松西	2丁目
高松南	3丁目
中町	4丁目
長滝	
羽倉崎	1丁目
羽倉崎	2丁目
羽倉崎	3丁目
羽倉崎	4丁目
羽倉崎上町	1丁目
羽倉崎上町	2丁目
羽倉崎上町	3丁目
東羽倉崎町	
松原	1丁目
松原	2丁目
松原	3丁目
南中岡本	
南中樫井	
南中安松	
りんくう往来南	

阪南市

区域名称	地番等
石田	
和泉鳥取	
尾崎町	
黒田	
桑畑	
光陽台	
さつき台	
下出	
新町	
自然田	
鳥取	
鳥取中	
鳥取三井	
緑が丘	
山中渓	

（実施地域外の送迎費用）

上記に定める通常の事業の実施地域を越えて行うみなし指定通所リハビリテーション（みなし指定介護予防通所リハビリテーション）の送迎を行った場合は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

（１）事業所から片道概ね　5Km 未満　　200 円

（２）事業所から片道概ね　5Km 以上 10Km 未満　　300 円

（３）事業所から片道概ね　10Km 以上　　600 円