

## 重 要 事 項 説 明 書（介護給付）

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、「みなし指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、みなし指定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                 | 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック                                      |
| 代 表 者 氏 名                 | 理事長 野上 倫昭                                                    |
| 本 社 所 在 地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪府泉南市樽井 1 丁目 4 番 11 号<br>電話：072(480)1188・ファックス：072(480)1189 |

### 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                | 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック（通所リハビリテーション）                       |
| 介 護 保 険 指 定<br>事 業 者 番 号 | みなし指定 No.2715601536                                        |
| 事 業 所 所 在 地              | 大阪府泉南市樽井 1 丁目 4 番 11 号                                     |
| 連 絡 先<br>相 談 担 当 者 名     | 電話：072(480)1188・ファックス：072(480)1189<br>通所リハビリテーション 担当：森岡 俊行 |
| 事業所の通常の<br>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<br>※上記以外は、ご相談ください。        |
| 利 用 定 員                  | 20 名                                                       |

#### (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・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。<br>ただし、祝日、12 月 31 日・1 月 1 日・1 月 2 日・1 月 3 日を除く。<br>2 単位目：月曜日から金曜日までの週 5 日とする。<br>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 | 9：00～17：00                                                                                                                                               |

#### (4) サービス提供時間

|          |                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------|
| サービス提供時間 | 1 単位目：午前 10 時～午前 12 時（2 時間）<br>2 単位目：午後 2 時～午後 4 時（2 時間） |
|----------|----------------------------------------------------------|

(5) 事業所の職員体制

| 管理者                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (職名) 理事長 (氏名) 野上倫昭 |                   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| 職                                                                       | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人 員 数              |                   |
| 管理者                                                                     | 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。<br>2 それぞれの利用者について、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                 | 2 名               |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 非常勤                | 1 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等・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。<br>2 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。<br>3 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を行います。<br>4 みなし指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。 | 理学療法士              | 常勤 8 名<br>非常勤 1 名 |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 作業療法士              | 常勤 0 名<br>非常勤 0 名 |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 言語聴覚士              | 常勤 0 名<br>非常勤 0 名 |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 看護職員               | 常勤 0 名<br>非常勤 0 名 |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 介護福祉士              | 常勤 3 名<br>非常勤 0 名 |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 介護職員               | 常勤 1 名<br>非常勤 1 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                                                                                               |
|------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所リハビリテーション計画の作成 |              | 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(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    | 実施致しません。                                                                                                    |
|                  | 入浴の提供及び介助    | 実施致しません。                                                                                                    |
|                  | 排泄介助         | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助等を行います。                                                                                  |
|                  | 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、服薬の介助、服薬の確認等を行います。                                                                            |
| 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、排泄、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 | 実施致しません。                                                                                        |
|     | 器具等を使用した訓練     | 利用者の能力に応じて、理学療法士等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。                                                 |
|     | 短期集中リハビリテーション  | 病院、診療所、介護保険施設からの退院・退所日、若しくは認定日から3ヶ月以内の利用者で、短期集中的にリハビリテーションを実施することが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。 |
|     | 個別リハビリテーション    | 個別にリハビリテーションを実施することが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。                                              |
| その他 | 創作活動等          | 実施致しません。                                                                                        |

## (2) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

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

【基本単位数】

(1 単位＝10.33 円)

|                  |     | 要介護 1     |        | 要介護 2     |        | 要介護 3     |        | 要介護 4     |        | 要介護 5     |        |
|------------------|-----|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                  |     | 単位数       | 負担金    | 単位数       | 負担金    | 単位数       | 負担金    | 単位数       | 負担金    | 単位数       | 負担金    |
| 1 時間以上<br>2 時間未満 | 1 割 | 369<br>単位 | 382 円  | 398<br>単位 | 412 円  | 429<br>単位 | 444 円  | 458<br>単位 | 474 円  | 491<br>単位 | 508 円  |
|                  | 2 割 |           | 763 円  |           | 823 円  |           | 887 円  |           | 947 円  |           | 1015 円 |
|                  | 3 割 |           | 1144 円 |           | 1234 円 |           | 1330 円 |           | 1420 円 |           | 1522 円 |

【加算単位数】

(1 単位/10.33 円)

| 内 容                                          |        | 単位数    | 負担金   |        |        |
|----------------------------------------------|--------|--------|-------|--------|--------|
|                                              |        |        | 1 割負担 | 2 割負担  | 3 割負担  |
| リハビリテーションマネジメント加算イ<br>(1 ヶ月につき)              | 6 ヶ月以内 | 560 単位 | 579 円 | 1157 円 | 1736 円 |
|                                              | 6 ヶ月超  | 240 単位 | 248 円 | 496 円  | 744 円  |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ<br>(1 ヶ月につき)              | 6 ヶ月以内 | 593 単位 | 613 円 | 1225 円 | 1838 円 |
|                                              | 6 ヶ月超  | 273 単位 | 282 円 | 564 円  | 846 円  |
| 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            |        | 270 単位 | 279 円 | 558 円  | 837 円  |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (1 日につき)                 |        | 110 単位 | 114 円 | 228 円  | 341 円  |
| 理学療法士等体制強化加算<br>(1 日につき * 1 時間以上 2 時間未満利用のみ) |        | 30 単位  | 31 円  | 62 円   | 93 円   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1 回につき)                     |        | 22 単位  | 23 円  | 46 円   | 69 円   |

|                                         |       |         |        |        |        |
|-----------------------------------------|-------|---------|--------|--------|--------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき)                 |       | 18 単位   | 19 円   | 37 円   | 56 円   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき)                 |       | 6 単位    | 7 円    | 13 円   | 19 円   |
| 生活行為向上リハビリ実施加算 (1ヵ月につき)                 | 6ヶ月以内 | 1250 単位 | 1292 円 | 2583 円 | 3874 円 |
| 科学的介護推進体制加算 (1ヶ月につき)                    |       | 40 単位   | 42 円   | 83 円   | 124 円  |
| 移行支援加算 (1日につき)                          |       | 12 単位   | 13 円   | 25 円   | 37 円   |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)<br>(1ヶ月につき所定単位数の 8.6%加算) |       |         |        |        |        |

#### 【減算単位数】

| 内 容                                  | 単位数        |
|--------------------------------------|------------|
| 送迎を行わない場合、片道につき 47 単位 (往復で 94 単位) 減算 | (片道) 47 単位 |

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行います。
- ※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、当日の利用はキャンセル扱いとなります。
- ※ 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。
- ※ (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、全額を一旦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居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ※ 感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応として基本報酬の 3%を上乗せして算定します。

#### 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。 |
| ②キャンセル料      | 原則、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)                          |
| ③食事の提供に要する費用 | 食事の提供はありません。                                             |
| ④おむつ代        | 施設のおむつを利用された場合は、実費分を徴収します。                               |
| 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、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。
- (2) 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。

- (3) 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。

## 6 サービスの提供に当たって

- (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、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）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) 利用者が要介護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、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護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) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「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「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「通所リハビリテーション計画」に基づいて行います。「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) 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いますが、実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 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次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 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。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞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。

\* 2024 年度介護報酬改定による高齢者虐待防止について基準型施設

## 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、次に掲げることにより留意して、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緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医又は事業者の協力医療機関に連絡するとともに、同時に家族等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 | 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック<br>大阪府泉南市樽井1丁目4番11号 |
| 電 話 番 号  | 072(480)1188                                |

## 11 心身の状況の把握

みなし指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護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。

## 12 居宅介護支援事業者等との連携

- ① みなし指定通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅介護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「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居宅介護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居宅介護支援事業者に送付します。

## 13 サービス提供等の記録

- ① みなし指定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、その記録はサービス提供の日から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。

## 14 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。
- 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 6月・11月）

\* 2024年度介護報酬改定による自然災害発生時業務継続計画策定実施の基準型施設

## 15 衛生管理等

- ① みなし指定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 みなし指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

\* 2024年度介護報酬改定による感染症発生時業務継続計画策定実施の基準型施設

- 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。

## 16 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 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。  
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。

## 17 サービス提供に関する相談、苦情を処理するために講ずる処置の概要

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。）

処理体制に記したとおり、事業者の管理にあてて、苦情内容の事実確認を迅速に行うとともに、共同でそ



の対応を行います。なお苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止の対応方針を協議します。

苦情の度重なる事業者については、当該事業所における利用者からの照会に対する事業者の一覧から除外するとともに、行政機関等への連絡を行います。

当事業所において、処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対処方法を利用者の立場にたって検討し、対処します。

【事業者の窓口】

|                         |                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック | 所在地：大阪府泉南市樽井1丁目4番11号<br>電話番号：072(480)1188 F A X：072(480)1189<br>受付時間：平日：午前9時から午後5時<br>土曜日：午前9時～午前12時、日曜：休み<br>担当：森岡 俊行 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【市町村の窓口】

|                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| 名称：<br><br>※利用者様の保険者 | 所在地：<br>電話番号：<br>F A X：<br>受付時間： |
|----------------------|----------------------------------|

【公的団体の窓口】

|                |                                                                                            |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大阪府国民健康保険団体連合会 | 所在地：大阪府中央区常盤町1—3—8 中央大道 FNビル<br>電話番号：06(6949)5418<br>F A X：06(6949)5417<br>受付時間：午前9時から午後5時 |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

18 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 |



19 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、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 37 号）」第 8 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 4 番 11 号                   |   |
|     | 法人名   | 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック                  |   |
|     | 代表者名  | 理事長 野上倫昭                                 | ㊞ |
|     | 事業所名  | 医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック<br>（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 | ㊞ | 続柄 ( ) |

<通所リハビリテーションサービス内容の見積もり>

このサービス内容の見積もりは、主治医の指示のもとに事前にお聞きした日常生活の状況や利用意向をもとに作成したものです。また、状況の変化等により内容変更を行うこともできます。

◇通所リハビリ予定曜日及び時間と料金

| 曜日                            | 基本料金   | 加算料金 |       |        |      | 減算料金    | 負担金 ① |
|-------------------------------|--------|------|-------|--------|------|---------|-------|
|                               | サービス内容 | 短期リハ | PT 強化 | サービス強化 | 移行支援 | 送迎を行わない |       |
| 月                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 火                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 水                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 木                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 金                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 土                             |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 1週間あたりの利用料(①の合計)・・・②          |        |      |       |        |      |         | 円     |
| リハビリテーションマネジメント加算(1ヶ月につき)・・・③ |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算・・・④       |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 科学的介護推進体制加算・・・⑤               |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ【 所定単位数8.6% 】・・・⑥  |        |      |       |        |      |         | 円     |
| 1ヶ月あたりの利用料・・・【(②×4)+③+④+⑤+⑥】  |        |      |       |        |      |         | 円     |

ここに記載した金額は、この見積もりによる概算です。実際のお支払いは、ご利用状況等により変動します

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  |     |
| 山中溪  |     |