

重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

事業所： 関西医科大学総合医療センター

住所： 守口市文園町10-15

TEL： 06-6993-9502

FAX： 06-6993-9504

重要事項説明書

(通所リハビリテーション用)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例第116号）」第10条の規定に基づき、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 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	学校法人 関西医科大学
代表者氏名	理事長・山下 敏夫
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府枚方市新町 2-5-1 072-804-0101 (代表)
法人設立年月日	1932年4月9日

2 利用者に対する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	関西医科大学総合医療センター 関医デイケアセンター滝井
介護保険指定 事業所番号	2713200703
事業所所在地	大阪府守口市文園町 10-15 関西医科大学総合医療センター
連絡先 相談担当者名	TEL: 06-6993-9502 FAX: 06-6993-9504 リハビリセンター長: 菅俊光
事業所の通常 の事業の実施地域	守口市、門真市・大阪市の一部 事業所より3km圏内
利用定員	60名 1日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	学校法人関西医科大学が設置する関医デイケアセンター・滝井において実施する通所リハビリテーション事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、通所リハビリテーション事業者が要介護状態の利用者に対し、適切な通所リハビリテーションを提供する事を目的とします。
運営の方針	利用者が要介護状態となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて利用者が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事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利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	平日：9時から16時45分
定休日	土曜・日曜・祝日・年末12/29～1/3
サービス提供時間	9時00分から16時30分の内ケアプランにより決定

(4) 事業所の職員体制

管理者	関西医科大学総合医療センター病院長：杉浦哲朗
-----	------------------------

職	職務内容	人員数
管理者 (又は理者 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。	常勤 3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 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 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。 4 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沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また必要に応じて通所リハビリテーション計画の変更を行います。 5 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。	理学療法士 作業療法士 常勤 2名 非常勤 18名 介護職員 常勤 2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。
日常生活上の 世話	排泄介助	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、下着の行為の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子への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。
	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。

(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なう宗教・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

通所リハビリテーション費 自己負担1割の方

(保険単位数 1 単位当たりの単価 10.83 円)

ご契約者の要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本項目	1 時間～2 時間	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
1、介護サービス利用単位数	加算項目					
	理学療法士等体制強化加算	30 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)6 月以内	560 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)6 月超	240 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6 月以内	593 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6 月超	273 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6 月以内	793 単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6 月超	473 単位				
	医師が利用者又は家族にリハビリ計画を説明し同意を得た場合	270 単位				
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250 単位				
	口腔機能向上加算	150 単位				
	栄養アセスメント加算	50 単位				
	栄養改善加算	200 単位				
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位				
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位				
	科学的介護推進体制評価加算	40 単位				
	退院時共同指導加算	600 単位				
移行支援加算	12 単位					
送迎減算	47 単位					
①	基本+加算	1008 単位	1037 単位	1068 単位	1097 単位	1130 単位
2、介護職員処遇改善加算Ⅰ (①×24.5%)		247 単位	254 単位	262 単位	269 単位	277 単位
3、業務継続計画未策定減算 (①×1%)		10 単位	10 単位	11 単位	11 単位	11 単位
4、高齢者虐待防止措置未実施減算 (①×1%)		10 単位	10 単位	11 単位	11 単位	11 単位
5、介護サービス利用料		13591 円	13981 円	14403 円	14793 円	15237 円
6、介護保険給付額 (9割)		12231 円	12582 円	12962 円	13313 円	13713 円
7、サービス利用自己負担額 (1割)		1360 円	1399 円	1441 円	1480 円	1524 円

通所リハビリテーション費 自己負担2割の方

(保険単位数1単位当たりの単価 10.83 円)

ご契約者の要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本項目	1時間～2時間	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
1、介護サービス利用単位数	加算項目					
		理学療法士等体制強化加算 30 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月以内 560 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月超 240 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6月以内 593 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6月超 273 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6月以内 793 単位				
		リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6月超 473 単位				
		医師が利用者又は家族にリハビリ計画を説明し同意を得た場合 270 単位				
		生活行為向上リハビリテーション実施加算 1250 単位				
		口腔機能向上加算 150 単位				
		栄養アセスメント加算 50 単位				
		栄養改善加算 200 単位				
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20 単位				
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5 単位				
		科学的介護推進体制評価加算 40 単位				
		退院時共同指導加算 600 単位				
	移行支援加算 12 単位					
	送迎減算 47 単位					
①	基本+加算	1008 単位	1037 単位	1068 単位	1097 単位	1130 単位
2、介護職員処遇改善加算Ⅰ (①×24.5%)		247 単位	254 単位	262 単位	269 単位	277 単位
3、業務継続計画未策定減算 (①×1%)		10 単位	10 単位	11 単位	11 単位	11 単位
4、高齢者虐待防止措置未実施減算 (①×1%)		10 単位	10 単位	11 単位	11 単位	11 単位
5、介護サービス利用料		13591 円	13981 円	14403 円	14793 円	15237 円
6、介護保険給付額 (8割)		10872 円	11184 円	11522 円	11834 円	12189 円
7、サービス利用自己負担額 (2割)		2719 円	2797 円	2881 円	2959 円	3048 円

通所リハビリテーション費 自己負担3割の方

(保険単位数1単位当たりの単価 10.83 円)

ご契約者の要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本項目	1時間～2時間	369単位	398単位	429単位	458単位	491単位
1、介護サービス利用単位数	理学療法士等体制強化加算	30単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月以内	560単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月超	240単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6月以内	593単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)6月超	273単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6月以内	793単位				
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)6月超	473単位				
	医師が利用者又は家族にリハビリ計画を説明し同意を得た場合	270単位				
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250単位				
	口腔機能向上加算	150単位				
	栄養アセスメント加算	50単位				
	栄養改善加算	200単位				
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位				
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位				
	科学的介護推進体制評価加算	40単位				
	退院時共同指導加算	600単位				
	移行支援加算	12単位				
送迎減算	47単位					
①	基本+加算	1008単位	1037単位	1068単位	1097単位	1130単位
2、介護職員処遇改善加算Ⅰ (①×24.5%)		247単位	254単位	262単位	269単位	277単位
3、業務継続計画未策定減算 (①×1%)		10単位	10単位	11単位	11単位	11単位
4、高齢者虐待防止措置未実施減算 (①×1%)		10単位	10単位	11単位	11単位	11単位
5、介護サービス利用料		13591円	13981円	14403円	14793円	15237円
6、介護保険給付額 (7割)		9513円	9786円	10082円	10355円	10665円
7、サービス利用自己負担額 (3割)		4078円	4195円	4321円	4438円	4572円

※ 理学療法士等体制強化加算は、理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上加配して実施した日数に対して算定します。

- ※ リハビリテーションマネジメント加算とは医師、理学療法士、その他の職種が共同して、利用者ごとの通所リハビリテーション実施計画を作成します。当該計画に従い、理学療法士等がリハビリテーションを行い定期的に記録します。理学療法士等は当該計画の進捗状況を評価し、必要に応じて計画を見直します。また、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。(1月に1回算定)
- ※ 生活行為向上リハビリテーション実施加算とは生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、指定通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援します。(1月に1回算定)
- ※ 口腔機能が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、歯科衛生士等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。ただし継続することで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、継続可能。1月に2回を限度に算定。)
- ※ 栄養アセスメント加算とは栄養改善が必要な利用者に対し、管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施し、その結果を説明し、相談や情報提供等を行います。(1月に1回算定)
- ※ 栄養改善加算とは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、他職種の従業者が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく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。ただし継続することで栄養改善の効果が認められる場合は継続可能。)
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算とは口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、その情報を担当介護支援専門員に情報提供を行います。(1月に1回算定)
- ※ 退院時共同指導加算とは理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制評価加算とは栄養状態や口腔機能、心身の状況等に係る基本的な情報の提出を厚生労働省に行い、その情報の活用を行います。(1月に1回算定)
- ※ 移行支援加算とはリハビリテーションにより心身の状況が向上し社会参加につながり、他のサービスに移行できた場合に算定します。
- ※ 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済的な扱いとして算定するものです。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。
- ※ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)につきましては、上表のとおり総単位の4.7%がご利用料金には加算されます。これで加算される所定単位は区分支給限度基準額には含まれません。
- ※ 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算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算Ⅰは介護職員の内介護福祉士の有資格者が占める割合が高い事業所に対する事業所に対する評価です。当事業所は下記の体制を整備しております。この加算の所定単位は区分支給限度基準額には含まれません。
 - ・介護職員の内、介護福祉士の有資格者が占める割合が70%以上。

- ※ 居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道 47 単位が減額されます。
- ※ 高齢者虐待防止措置未実施減算とは虐待の発生や再発を防止するための措置が講じられていない場合に適用されます。
- ※ 業務継続計画未策定減算とは運営基準において策定が義務付けられている業務継続計画を策定していない場合に適用されます。
- ※ 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指定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（又は翌翌月）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、全額をいったんお支払いいただきます。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。
- ※ 利用料金については、小数点以下の計算により多少の誤差が出る場合があります。

4 その他の費用について

①おむつ代	リハビリパンツ 210 円 尿取りパッド 100 円
②日常生活費	運営規定 第 7 条 5 項に記載の通り

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	<p>ア 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額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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日頃までに利用者あてお届け（郵送）します。</p>
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	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>

- ※ 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 2 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」に基づいて行ないます。なお、「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十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	管理者 杉浦哲朗
虐待防止に関する担当者	リハビリセンター長 菅俊光

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

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、理由及び対応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

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。）</p>

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。

緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
主治医	医療機関名			
	主治医			
	所在地			
	電話番号			

1 1 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定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	三井住友海上火災保険（株）
保険名	居宅サービス・居宅介護支援事業者総合保障制度
補償の概要	身体・財物など

1 2 心身の状況の把握

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。

1 3 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所リハビリテーションの提供に当り、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。

1 4 サービス提供等の記録

- ① 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、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。

1 5 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（防火管理者）職・氏名：（庶務課課長 村上 哲夫）

- 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 指定通所リハビリテーション護の用に供する施設、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 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 指定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

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定通所リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容							介護保険適用の有無	利用料 (1日当り)	利用者負担額 (1日当り)
		リハビリテーションマネジメント	短期集中リハビリテーション	理学療法士体制強化	口腔機能向上	サービス提供体制強化加算	介護職員処遇改善加算	介護職員等特定処遇改善加算			
・	～	○		○		○	○	○	○	円	円
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額										円	円

その他の費用

おむつ代	重要事項説明書4-① 記載のとおりです。
------	----------------------

1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

利用者からの苦情を処理するために講ずる処置

1. 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
相談又は苦情に関する窓口として、相談担当を設ける。また、担当者不在の場合でも事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応ノートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。

常設窓口 電話 06-6993-9502 FAX 06-6993-9504

相談責任者 杉浦 哲朗

相談担当者 菅 俊光

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りを実施し、事情の確認を行う。

管理者は、職員に事実関係の確認を行う。

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、時下の対応を決定する。

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う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する)

3. その他参考事項

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応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 学校法人 関西医科大学 関西医科大学総合医療センター 関医デイケアセンター・滝井	所在地 守口市文園町10-15 電話番号 06-6993-9502 ファックス番号 06-6993-9504 受付時間 平日 9時～16時45分
【市町村（保険者）の窓口】 くすのき広域連合 守口支所	所在地 守口市京阪本通2-5-5 電話番号 06-6992-2180 ファックス番号 06-6995-2011 受付時間 平日9時～17時
【市町村（保険者）の窓口】 くすのき広域連合 門真支部	所在地 門真市中町1-1 電話番号 06-6780-5200 ファックス番号 06-6780-5201 受付時間 平日9時～17時
【市町村（保険者）の窓口】 くすのき広域連合 四條畷支部	所在地 四條畷市中野本町1-1-1 電話番号 072-863-6600 ファックス番号 072-863-6601 受付時間 平日8時45分～17時15分

【市町村（保険者）の窓口】 おおさか介護サービス相談センター	所在地 大阪市天王寺区東高津町 12-10 大阪市立社会福祉センター308 電話番号 06-6766-3800 06-6766-3855 ファックス番号 06-6766-3822 受付時間 平日 9 時～17 時
【市町村（保険者）の窓口】 寝屋川市 高齢介護室	所在地 寝屋川市池田西町 24-5 電話番号 072-824-1181 ファックス番号 072-838-0102 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】 枚方市 健康福祉部地域健康福祉室	所在地 枚方市大垣内町 2-1-20 電話番号 072-841-1460 ファックス番号 072-844-0315 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】 吹田市 高齢福祉室	所在地 吹田市泉町 1-3-40 電話番号 06-6384-1343 ファックス番号 06-6368-7348 受付時間 平日 9 時～17 時
【市町村（保険者）の窓口】 摂津市 高齢福祉室	所在地 摂津市三島 1-1-1 電話番号 06-6383-1379 ファックス番号 06-6383-9031 受付時間 平日 9 時～17 時 15 分
【市町村（保険者）の窓口】 堺市長寿社会部介護保険課 堺市西区地域福祉課介護保険係	【堺市長寿社会部介護保険課】 所在地 堺市堺区南瓦町 3-1 電話番号 072-228-7513 ファックス番号 072-228-7853 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分 【堺市西区地域福祉課介護保険係】 所在地 堺市西区鳳東町 6-600 電話番号 072-275-1912 ファックス番号 072-275-1919 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】 大東市 高齢介護室介護保険グループ	所在地 大東市谷川 1-1-1 電話番号 072-870-9628 ファックス番号 072-872-8080 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】 大阪府三島郡島本町役場 保険課	所在地 大阪府三島郡島本町桜井 2-1-1 電話番号 075-962-2864 ファックス番号 075-962-5652 受付時間 平日 9 時～17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】	所在地 _____ 電話番号 _____ ファックス番号 _____ 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 大阪市中央区常磐町 1-3-8 電話番号 06-6949-5418 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 平日 9 時～17 時

19 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。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要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
- ③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事業者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日前までに解約をする旨を申し出て下さい。

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通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤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
- ⑥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
- 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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

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2か月以上遅延し、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事業者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

(3) 契約の終了に伴う援助

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

20 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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例(平成24年大阪府条例第115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	守口市文園町10-15
	法人名	学校法人 関西医科大学
	代表者名	理事長：山下 敏夫
	事業所名	関西医科大学総合医療センター 関医デイケアセンター・滝井
	説明者氏名	印

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	印

※ご家族などによる代筆の場合

上記の署名は _____ (続柄 _____) が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	印