モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 　（介護予防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、「東大阪市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例（平成24年東大阪市条例第36号）」に定める「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（平成18年厚生労働省令第35号）」第第49条の２の規定に基づき、指定介護予防通所リハビリテーション提供の契約締結に際して、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 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地  （連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）  （連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

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 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定  事業者番号 | （指定事業者番号） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地。ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号まで。） |
| 連絡先  相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）  （部署名・相談担当者氏名） |
| 事業所の通常の  事業の実施地域 | （運営規程記載の市町村名を記載） |
| 利用定員 | （運営規程記載の利用定員を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

(4)サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （運営規程記載のサービス提供日を記載） |
| サービス提供時間 | （運営規程記載のサービス提供時間を記載） |

(5)事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　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　　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　　名  非常勤　　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　　名  非常勤　　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　　名  非常勤　　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、理学療法士等又は看護職員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。 |
| 特別なサービス  （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。） | 運動器機能向上注）1 | 利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね３月程度）及び短期目標（概ね１月程度）を設定し、個別に運動器機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（概ね３月程度）  また、利用者の短期目標に応じて、概ね1月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。 |
| 栄養改善  注）2 | 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）3 | 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） |
| 選択的サービスの複数実施 | 生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合の評価を行います。 |
| 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　実施期間終了後に、介護予防支援事業者によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、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、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）3　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。

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

1. 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
6. 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険（１割負担）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) | | 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 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 通常の場合 | 基本 | 21,659円／月 | 2,166円／月 | 42,189円／月 | 4,219円／月 |
| 日割りになる場合 | 基本 | 717円／日 | 72円／日 | 1,392円／日 | 140円／日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援度による  区　　分 | **加算** | | 利用料 | 利用者  負担額 | 算定回数 |
| な　し | 運動器機能向上加算 | | 2,373円 | 238円 | １月に１回 |
| 栄養アセスメント加算 | | 527円 | 53円 | １月に１回 |
| 栄養改善加算 | | 2,110円 | 211円 | １月に１回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ | | 211円 | 22円 | ６月に１回を限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ | | 52円 | 6円 | ６月に１回を限度 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | | 1,582円 | 159円 | １月に１回 |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | | 1,688円 | 169円 | １月に１回 |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) | | 5,064円 | 507円 | １月に１回 |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) | | 7,385円 | 739円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 2,532円 | 254円 | １月に１回 |
| 事業所評価加算 | | 1,266円 | 127円 | １月に１回 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算  (利用開始日の属する月から6月以内) | | 5,929円 | 593円 | 1月につき |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | | 所定単位数の  47/1000 | 左記の1割 | 1月当たり |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | | 所定単位数の  34/1000 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | | 所定単位数の  19/1000 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | | 所定単位数の20/1000 | 左記の1割 | 1月当たり |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | | 所定単位数の17/1000 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | 所定単位数の10/1000 | 左記の1割 | 1月当たり |
| あ　り | サービス提供強化加算（Ⅰ）  要支援１  要支援２  サービス提供強化加算（Ⅱ）  要支援１  要支援２  サービス提供強化加算（Ⅲ）  要支援１  要支援２ | | 928円  1,856円  759円  1,519円  253円  506円 | 93円  186円  76円  152円  26円  51円 | １月に１回 |
| 同一建物に対する減算 | 要支援１  要支援２ | 3,966円  7,933円 | 397円  794円 | 基本サービス費から減算 |
| 12月超減算 | 要支援１  要支援２ | 211円  422円 | 22円  43円 | 基本サービス費から減算 |

* + 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3,966円(利用者負担397円)、要支援２は7,933円(利用者負担794円)減額されます。
  + サービスの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービスを行う場合は、1月につき利用料が、要支援１は211円(利用者負担22円)、要支援２は422円(利用者負担43円)減額されます。
  + 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。
  + （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、利用者負担額を除いた介護予防サービス費の支給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等に届け出た介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

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食事の提供に要する費用 | ○○円（1食当たりの食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの |
| ③おむつ代 | ○○円（1枚当たり）運営規程の定めに基づくもの |
| ④日常生活費 | ○○円（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）運営規程の定めに基づくもの |

（メモ）その他の費用の額は、実費相当としてください。また日常生活費の取扱いについては、「介護予防通所リハビリテーション等における日常生活に要する費用の取扱いについて（H12.3.30付け老企第54号）」を参照した上で、運営規程にてその定めを行ってください。

　　　利用者からキャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされる

　　　ことを踏まえ、キャンセル料を設定することは想定し難いと考えます。

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 | 1. 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。 2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてお届け（郵送）します。 |
| 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | 1. 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△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。   (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   1. 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します。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） |

* + 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○月以上遅延し、さらに支払いの督促から○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。

（メモ）②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

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、介護予防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 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. 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。
4. ○○○○○○○○
5. ○○○○○○○○

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」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。    1. 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。    2. 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。    3. 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。 |
| 1. 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。

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

主治医：氏名、所属医療機関名等・所在地・電話番号（勤務先及び携帯）

家族等連絡先：氏名及び続柄、住所、電話番号（自宅、勤務先及び携帯）

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する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。

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、介護予防支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

市町村：市町村名、担当部・課名、電話番号

介護予防支援事業者：事業所名、所在地、担当介護支援専門員氏名、電話番号

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  保険名  補償の概要 |

12　心身の状況の把握

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. 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. 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、その記録はサービスを提供した日から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. 提供した指定介護予防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（防火管理者）職・氏名：（　　　　　　　　　　　　）

1. 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。
2. 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　　　月・　　　月）

16　衛生管理等

1. 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. 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　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

* このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防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. 提供予定の指定介護予防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（月額） | 利用者負担額  （月額） |
| 運動器機能  向上 | 栄養  改善 | 口腔  機能  向上 | 送迎 | 食事  提供 | 入浴 |
| 月・木 | 10:00～17:00 | ○ |  |  | ○ | ○  保険  適用外 | ○ | ○ | ○○円 | ○○円 |

1. その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ①送迎費の有無 | （有・無の別を記載）サービス提供1回当り…（金額） |
| ②食事の提供に要する費用 | 重要事項説明書４－②記載のとおりです。 |
| ③おむつ代 | 重要事項説明書４－③記載のとおりです。 |
| ④日常生活費 | 重要事項説明書４－④記載のとおりです。 |

1. １か月当たりのお支払い額（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 | （目安金額の記載） |

* + 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。

（メモ）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か月以内とします。

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
   1. 提供した指定介護予防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）
   2. 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。

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

○

○

1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】  （事業者の担当部署・窓口の名称） | 所在地  電話番号　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】  東大阪市　福祉部　指導監査室  介護事業者課 | 所 在 地　東大阪市荒本北一丁目1番1号  電話番号06-4309-3317ﾌｧｯｸｽ番号06-4309-3848  受付時間　9:00～17:30　（土日祝休み） |
| 【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一丁目3番8号中央大通ＦＮビル  電話番号06-6949-5418  受付時間　9:00～17:00　（土日祝休み） |

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、「東大阪市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例（平成24年東大阪市条例第36号）」に定める「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（平成18年厚生労働省令第35号）」第49条の２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 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 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 |  |

　（メモ）

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名(必要に応じて押印)を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 大阪府○○市△△町１丁目１番１号 |
| 氏名 | 大阪　太郎 |

上記署名は、浪速　花子（子）が代行しました。