

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、「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 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	医療法人三和会 わたなべ医院
代表者氏名	理事長 渡邊 一三
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府豊中市服部本町1丁目7番18号 06-6867-1113 FAX 06-6867-1123
法人設立年月日	2001年12月6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	医療法人三和会 わたなべ医院
介護保険指定 事業者番号	2714010291
事業所所在地	大阪府豊中市服部本町1丁目7番18号
連絡先 相談担当者名	06-6867-0055 FAX 06-6867-0155 デイケアセンターいこい
事業所の通常の 事業の実施地域	豊中市
利用定員	20名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者が要支援（要介護）状態になっても、居宅から事業所に通うことにより、その利用者に応じたリハビリテーションを受け、居宅生活の継続と心身の機能維持・回復を図ることを目的とします。
運営の方針	利用者が要支援（要介護）状態となっても、可能な限り自宅において、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、理学療法・作業療法士その他必要なリハビリテーションを行い心身の機能維持・回復を目指します。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、祝日・夏期（6日間）・年末年始（6日間）は休業日とする。
営業時間	月曜日～金曜日：午前8時00分～午後5時00分 土曜日：午前8時00分～午後1時30分

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日 ただし、祝日・夏期（6日間）・年末年始（6日間）は休業日とする。
サービス提供時間	月曜日～金曜日：午前9時00分～午後4時00分 土曜日：午前9時00分～午後1時00分

(5) 事業所の職員体制

管理者	医師 渡邊 一三
-----	----------

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。	医師 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1名以上 非常勤1名以上
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を行います。 4 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。	作業療法士 常勤1名以上 非常勤1名以上 介護職員 常勤1名以上 非常勤1名以上

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。

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。

(2) 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		負担割合	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	1割負担	24,176円/月	2,418円/月	45,070円/月	4,507円/月
		2割負担		4,836円/月		9,014円/月
		3割負担		7,253円/月		13,521円/月
日割り計算による場合	基本	1割負担	799円/日	80円/日	1,481円/日	149円/日
		2割負担		160円/月		297円/月
		3割負担		240円/月		445円/月

※ 日割り計算による場合とは、月途中で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。

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	科学的介護推進体制加算	426円	1割負担 43円 2割負担 86円 3割負担 128円	1月に1回
	介護職員等処遇改善加算I	所定単位数の 86/1000	左記の1割～3割	1月当たり
	退院時共同指導加算	6,396円	1割負担 640円 2割負担 1,280円 3割負担 1,919円	退院時1回
あり	サービス提供体制強化加算I1	要支援1 938円	1割負担 43円 2割負担 188円 3割負担 282円	1月に1回
	サービス提供体制強化加算I2	要支援2 1,876円	1割負担 188円 2割負担 376円 3割負担 563円	
	12月超減算 (厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合)	要支援1 -1,279円 要支援2 -2,558円	1割負担 -128円 2割負担 -256円 3割負担 -384円 1割負担 -256円 2割負担 -512円 3割負担 -768円	1月に1回

* 地下単価（地区分ごとの1単位の単価）

豊中市	4級地	1単位あたり10.66円で計算
-----	-----	-----------------

- ※ 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（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。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのA D L値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を介護予防通所リハビリテーションの適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
- ※ 介護職員等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。
- ※ 退院時共同指導加算とは病院から退院するに当たり、事業所の理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し共同指導を行った場合1回に限り算定します。
- ※ 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。
- ※ 利用者に対して、当事業所の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてリハビリテーションを行い、以下①及び②の要件を満たしていない場合は1月につき減算します。
 - ①3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、介護予防通所リハビリテーション計画の見直しをしていること。
 - ②利用者ごとの介護予防通所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。
- ※（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等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

①食事の提供に要する費用	678円（1食当り食材料費及び調理コスト） ただし、急に休まれる場合、昼食は外部注文となるため前日（平日）の午後12時以降に電話連絡された場合、昼食代678円を請求いたします。
②おやつ代	100円
③リハビリパンツ代	180円（1枚当り）
④尿取りパット代	60円
⑤日常生活費	実費（内訳：紙類、手袋等）

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

<p>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>	<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10日までに利用者あてにお届けます。</p>
<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>	<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20日（銀行休日の場合はその翌営業日）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) リソナ銀行口座への振り込み (イ) ゆうちょ銀行口座からの自動振替 (ウ) 事業所で現金支払い</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。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</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3月以上遅延し、さらに支払いの督促から1ヶ月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 渡邊 一三
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援しています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止の対策及び啓発・普及するために、委員会を通じて定期的に研修を実施しています。
- (5) 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

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します。
- (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します。
- (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 ハラスメント対策について

- (1) 事業所は職場におけるハラスメントの防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、意に沿わない性的誘いかけ・好意的な態度の要求・性的な嫌がらせ行為等のセクシャルハラスメント、社会通念上不相当な要求や攻撃などの行為を固く禁止します。状況の改善や理解が得られない場合は、サービスの中断や契約を解除する場合があります。
- (3) 利用者が職員や他の利用者の写真撮影や動画等を無断で撮る行為を固く禁止します。また、それを SNS 等に掲載をした場合は、契約を解除します。

10 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ぬ。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ぬ。</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>

11 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、インフルエンザウイルス感染症やコロナウイルス感染症等、伝播性の感染症が検査により診断された場合、サービスを一旦中止いたします。ご家族等は、事業所まで迎えに来て下さい。その際、事業所での送迎は行いません。また、医師より自宅療養期間が設けられた場合、その期間内の利用も一旦中止となります。

医療機関名	
主治医	
所在地	
電話番号	
①家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	
②家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	
③家族等緊急連絡先 氏名（続柄）・電話番号	

12 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。

事故発生時の連絡市町村	豊中市
担当部署・課名	福祉部 長寿社会政策課
電話番号	06-6858-2234
居宅支援事業所名	
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	: あいおいニッセイ同和損保
保 険 名	: 介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	: 送迎及び通所中の事故における損害補償等

13 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。

14 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。

15 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、完結の日から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。

16 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：（理事 渡邊 優子 ）

- (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) 定期的に研修や避難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・12月）

17 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) 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) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年に2回以上開催し、それを従業員に周知します。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

- (5) 事業所において、従業員に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修や訓練を定期的に行います。

18 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、(介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供を継続的に実施し、早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、それに従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

19 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)
		リハビリテーション	レクリエーション	送迎	食事提供	入浴			
		○		○	○ 保険適用外		円	円	

(2) その他の費用

①送迎費の有無	無し
②食事の提供に要する費用	重要事項説明書4-①記載のとおりです。
③おやつ代	重要事項説明書4-②記載のとおりです。
④リハビリパンツ代	重要事項説明書4-③記載のとおりです。
⑤尿取りパット代	重要事項説明書4-④記載のとおりです。
⑥日常生活費	重要事項説明書4-⑤記載のとおりです。

- (3) 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	円
----------	---

※ 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、別途料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。

20 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）
- 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。
- ① 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとします。
 - ② 指定介護予防通所リハビリテーション事業所は、提供した指定通所リハビリテーションに関し市町村が行う文書等の提出や提示、照会に応じ調査に協力します。また、市町村の指導や助言に従って必要な改善を行います。
 - ③ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所は、利用者の苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力し、指導や助言に従って必要な改善を行います。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 医療法人三和会わたなべ医院	所在地：大阪府豊中市服部本町1-7-18 電話番号：06-6867-0055 FAX 番号：06-6867-01555 受付時間：午前9時から午後5時（平日）
【豊中市の窓口】 福祉部長寿社会政策課 事業所指定係	所在地：大阪府豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2234 受付時間：午前9時から午後5時（平日）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8 電話番号：06-6949-5309 受付時間：午前9時から午後5時（平日）

21 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者は、（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供を受けている時間に、緊急時以外に併設医院で受診や処方等を受ける事はできません。
- (2) 事業者は、特別警報が発令された場合や警報に関わらず風雨・氷雪等の影響で安全に送迎ができないと判断した場合は休業します。その際、利用当日に休業の連絡をします。また、休業時の利用料・食事料の請求は行いません。

22 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	大阪府豊中市服部本町 1 丁目 7 番 31 号
	法人名	医療法人三和会 わたなべ医院
	代表者名	渡邊 一三 (印)
	事業所名	医療法人三和会 わたなべ医院
	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	

家族代表 (続柄)	住所	
	氏名	()

※成年後見制度を利用されている方のみ記載

代理人	住所	
	氏名	

※利用者本人が自署できなかった場合のみ記載

代行者氏名 (続柄)	()
------------	-----