

重要事項説明書

(指定介護予防通所リハビリテーション)

<2024年6月1日 現在>

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。

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	社会医療法人財団 慈泉会
代表者氏名	相澤 孝夫
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	長野県松本市本庄2-5-1 TEL: 0263-33-8600
法人設立年月日	昭和27年1月26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	社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター 相澤通所リハビリテーションあずみの
介護保険指定 事業所番号	2074001138
事業所所在地	安曇野市穂高787
連絡先	0263-31-0535
事業所の通常の 事業の実施地域	安曇野市（上記地域以外でご希望の方はご相談下さい）
利用定員	午前20名 午後20名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援・要介護状態にある高齢者に対し適切な通所リハビリテーションを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の状態をふまえて、その住まいにおいて安全かつ自立した日常生活を送りながら、新たな趣味や生きがいに出会えるようリハビリテーション計画を立案します。 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で、心身機能及び、生活の質が高められるように支援します。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

サービス提供日	月曜日～金曜日 * 祝日も営業しています
サービス時間	8時30分～17時
休業日	土曜日・日曜日・年末年始（12月30日～1月3日）

(5) 事業所の職員体制

管理者	中田 真佐雄
-----	--------

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 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、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支援を行います。 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 9名 非常勤 2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 0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 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
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、送迎範囲はおおむね片道5kmの範囲とさせていただきます。また、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。
利用中の支援	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。

(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あたって、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

サービス提供区分	通常の場合(月ごとの定額制)				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2268	22680円	2268円	4536円	6804円
要支援2	4228	42280円	4228円	8456円	12684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。
- ・ 当事業所の所在する建物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、要支援1の利用者の場合1月に付き利用料が376単位（利用者負担額：3760円、1割負担376円、2割負担：752円、3割負担：1128円）、要支援2の利用者の場合1月に付き利用料が752単位（利用者負担額：7520円、1割負担：752円、2割負担：1504円、3割負担：2256円）減算されます。同一建物とは、指定介護予防通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物をいいます。
- ・ 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う場合、3月に1回以上リハビリテーション会議を開催、情報共有、計画の見直し、計画書等の情報を厚生労働省に提出、活用してない場合には、要支援1の場合は120単位（利用者負担額：1200円、1割負担：120円、2割負担：240円、3割負担：360円）、要支援2の場合は240単位（利用者負担額：2400円、1割負担：240円、2割負担：480円、3割負担：720円）をそれぞれ1月につき減算する。

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	要支援度	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
				1割負担	2割負担	3割負担	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	区分なし	562	5620円	562円	1124円	1686円	1月につき (利用開始日の属する月から6月以内に限る)
若年性認知症利用者受入加算	区分なし	240	2400円	240円	480円	720円	1月に1回
栄養アセスメント加算	区分なし	50	500円	50円	100円	150円	1月につき
栄養改善加算	区分なし	200	2000円	200円	400円	600円	1月につき

口腔・栄養 スクリーニング加算(Ⅰ)	区分なし	20	200 円	20円	40円	60円	1回につき
口腔・栄養 スクリーニング加算(Ⅱ)	区分なし	5	50円	5円	10円	15円	1回につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	区分なし	150	1500 円	150円	300円	450円	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	区分なし	160	1600 円	160円	320円	480円	1月につき
一体的サービス提供 加算	区分なし	480	4800 円	480円	960円	1440円	1月につき
科学的介護推進体制 加算	区分なし	40	400 円	40円	80円	120円	1月につき
退院時共同指導加算	区分なし	600	6000 円	600円	1200円	1800円	
サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)	要支援1	88	880 円	88円	176円	264円	1月につき
	要支援2	176	1760 円	176円	352円	528円	
サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	要支援1	72	720 円	72円	144円	216円	
	要支援2	144	1440 円	144円	288円	432円	
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)	要支援1	24	240 円	24円	48円	72円	
	要支援2	48	480 円	48円	96円	144円	
介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	区分なし	所定単 位数の 86/1000	左記 の単 位数 ×地 域区 分	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	基本サー ビス費に 各種加算 減算を加 えた総単 位数(所定 単位数)
介護職員 処遇改善加算(Ⅱ)	区分なし	所定単 位数の 83/1000					
介護職員 処遇改善加算(Ⅲ)	区分なし	所定単 位数の 66/1000					
介護職員 処遇改善加算(Ⅳ)	区分なし	所定単 位数の 53/100					

- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標及び目標を踏まえた実施内容、実施時間等を定めたりハビリテーション実施計画に基づき、リハビリテーションを計画的に実施した場合に算定します。
- ・ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定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。
- ・ 栄養アセスメント加算は、当事業所の従業者又は外部の介護事業所等との連携により管理栄養士を配置し、利用者ごとに多職種共同で栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理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場合に、算定します。
- ・ 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して個別的に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合に算定します。
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。
- ・ 口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
- ・ 一体的サービス提供加算は、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
- ・ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL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。
- ・ 退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士等が、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。
- ・ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して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。
- ・ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等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を行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- ・ 地域区分別の単価（その他：10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

キャンセル料	徴収しない
--------	-------

5 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いたします。
- (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、すべて事業所医師が行いますが、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います。

6 サービスのご利用にあたってのお願い

- (1) 事業所職員に対して、お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- (2) 送迎時および事業所職員がご自宅に伺った際はペットをゲージに入れる、リードに繋ぐなどの配慮をお願いします。
- (3) 見守りカメラの設置、事業所職員の写真撮影をする場合、個人情報保護法に準じて事前に事業所職員本人の同意を受けてください。
- (4) ハラスメント行為などにより健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
- (5) 利用中の喫煙はご遠慮ください。
- (6) 送迎時および利用中に、利用者同士での品物等の受け渡しはご遠慮ください。

7 サービスのご利用にあたっての禁止事項について

- (1) 利用者およびその家族、事業所職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント等の行為。
- (3) サービス利用中に利用者およびその家族、事業所職員の写真や動画撮影、録音等を無断で行ったり、SNS等に掲載すること。

8 ハラスメントの防止について

事業者は、事業所職員等の安全確保と安心して働き続けられる労働環境を築けるように、次に掲げるとおりハラスメントの防止に取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織としては許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為。
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等性的ないやがらせ行為。

※上記は、事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなど元に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 事業所職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	（管理代行） 山崎 慎也
-------------	--------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 事業所職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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、これを市町村に通報します。

10 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です。
- (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です。
- (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。

11 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>	<ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」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又は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。
<p>② 個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 事業者は、利用者又は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。）

12 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。

【家族等緊急連絡先】①	氏名： 住所： 電話番号： 携帯電話： 勤務先：	続柄：
【家族等緊急連絡先】②	氏名： 住所： 電話番号： 携帯電話： 勤務先：	続柄：
【主治医】	医療機関名： 氏名： 電話番号：	

13 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又は送迎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。

【市町村（保険者）の窓口】	安曇野市役所 高齢者介護課 介護保険担当 0263-71-2472
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名： 所在地： 電話番号： 担当介護支援専門員：

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償責任保険	保険会社名	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
	保険名	居宅サービス事業者・居宅介護支援事業者 賠償責任保険
	補償の概要	対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償
自動車保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損保株式会社
	保険名	一般総合自動車保険
	補償の概要	対人・対物・人身傷害等、車両による法律上の賠償責任を負った場合の補償

14 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あたっては、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。

15 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あたり、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。

16 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2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。ただし、健康手帳を有しない者については、この限りでないものとします。

17 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：（センター長・西牧 俊介）
- 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。
- ④ ③の訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- ⑤ 火災の発生や地震や水害等の天災が発生した場合は、利用者及び職員の安全確保を第1優先に必要な措置を講じます。

なお、利用中に被災された場合、通所建物の安全が確認でき次第、事業所内に留まっていただきます。

利用者の安全確保や家族への連絡状況を踏まえ、順次帰宅に向けた支援を行います。なお、被災状況によっては御家族、関係者様に協力をお願いする場合があります。

安曇野市の指定避難所の受入れ態勢（物資や人員）が十分であると災害時指揮者が判断した場合には、避難所へお連れする場合があります。

18 衛生管理等

- (1) 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) 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。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 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。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

19 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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実施します。
- (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。

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【事業所の窓口】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。

(2) 苦情申立の窓口

【事業所の窓口】 管理者代行 山崎 慎也 解決責任者 西牧 俊介	電話番号 0263-31-0535
【事業所以外の窓口】 地域在宅医療支援センター センター長 相澤 克之	電話番号 0263-33-8600（代表番号）
【市町村（保険者）の窓口】 安曇野市役所 高齢者介護課 介護保険担当	電話番号 0263-71-2472
【公的団体の窓口】 長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1580

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
-----------------	---	---	---

事業者	所在地	安曇野市 穂高 787
	法人名	社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター安曇野
	代表者名	中田 真佐雄 印
	事業所名	相澤通所リハビリテーションあずみの
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	(続柄)