

重要事項説明書（介護予防訪問リハビリテーション用）

これからご利用される当院の指定介護予防訪問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ご案内したい内容を、以下に沿ってご説明いたします。ご不明な点、お気づきの点がございましたら、ご遠慮なくおたずねください。

この「重要事項説明書」は、「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年厚生省令第37号）」第8条及び第83条の規定に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご確認いただきたいことを説明するものです。

1 指定介護予防訪問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	社会医療法人大道会
代表者氏名	理事長 大道 道大
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪市城東区東中浜1丁目5番1号 TEL 06-6962-9621 FAX 06-6963-2233
法人設立年月日	昭和46年4月1日

2 ご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	森之宮病院
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2714405723
事業所所在地	大阪市城東区森之宮2丁目1-88
連絡先 相談担当者名	TEL 06-6969-0320 FAX 06-6969-9689 管理者 山田 良
事業所の通常の 事業の実施地域	大阪市城東区鳴野西、鳴野東、天王田、永田、中浜、東中浜、森之宮 および東成区中道、東今里、大今里、神路、深江南

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	居宅の要介護者で主治医が介護予防訪問リハビリテーションの必要性を認めた者に対して適切な介護予防訪問リハビリテーションの提供を確保し、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、そのご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ことができるよう、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	要介護状態になったご利用者に対して全体的な日常生活動作の維持回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養を維持できるように支援する。 事業の実施にあたっては居宅介護支援専門員と協力しながら、保健、医療、福祉サービスの密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日（祝日・12/30～1/3 を除く）
営 業 時 間	月曜日～金曜日 9時～17時

(4)サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～金曜日（祝日・12/30～1/3 を除く）
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9時～16時30分

(5)事業所の職員体制

管理者	山田 良
-----	------

職	職 務 内 容	人 員 数
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1 要介護状態となった場合においても、ご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の居宅において、医師の指示に基づき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、ご利用者、家族に説明し、ご利用者の同意を得ます。作成した計画は、ご利用者に交付します。 3 常にご利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、ご利用者に対し、適切なサービスを提供します。 4 それぞれのご利用者について、介護予防訪問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について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。	常 勤 / 兼 務 3 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
介護予防訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、ご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

(2)介護予防訪問リハビリテーションの禁止行為

介護予防訪問リハビリテーション事業において、次の行為は行いませんので、了承ください。

- ① 医療行為
- ② ご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 ご利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

- ④ ご利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ ご利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除、庭掃除など)
- ⑥ ご利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為(ご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)
- ⑧ その他ご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、ご利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

区分		利用料	ご利用者負担額
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本報酬	40 分 6484 円	40 分 648 円
		60 分 9726 円	60 分 973 円

	加 算		利用料	ご利用者負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	・短期集中リハビリテーション実施加算		2176 円	218 円	1 日当たり
	サービス提供体制強化加算	I	65 円	7 円	1 単位当たり
		II	32 円	4 円	
	・退院時共同指導加算		6528 円	653 円	退院 1 回に限り

4 その他の費用について

① 交通費	介護予防訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。	
	通常事業実施地域内	無料
	通常事業実施地域外	200 円
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日のご連絡の場合	1提供当たり 500 円を請求させていただきます。
※ただし、ご利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

(注) 当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

5 利用料、ご利用者負担額(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

・ご利用者は、利用月ごとの上記利用料等の所定の利用料等を、当事業者が利用月の翌月 15 日までに届け出る請求書をご確認のうえ、下記の方法により翌月末日までにお支払いください。

なお、事業者はご利用者からのお支払いをお受けしましたら、ご利用者あての領収書を発行いたします。医療費控除の還付請求の際に必要なことがありますので、保管されますようお願いいたします。

【利用料等の支払方法】

ア 事業者指定口座への振り込みの場合

三菱UFJ銀行 城東支店 当座預金 114729

口座名義 社会医療法人 大道会 理事長 大道 道大

イ 現金支払いの場合

現金による支払い

※ 利用料、ご利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用のお支払いについて、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、さらにお支払いの督促から 14 日以内にお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 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

ご利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	山田 良
	イ 連絡先電話番号	06-6969-0320
	同 FAX 番号	06-6969-9689
	ウ 受付日及び受付時間	月曜日～金曜日 9 時～16 時 30 分

※ 担当する職員の変更に関しては、ご利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 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) ご利用者が要介護認定を受けていない場合は、ご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、居宅介護支援がご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、遅くともご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、ご担当の介護支援専門員との連絡調整などの必要な援助を行うものとします。

- (3) 訪問リハビリテーションは医師の指示のもとに行いますので「かかりつけ医」の診療情報提供書及び「当院医師」の作成した訪問リハビリテーション指示書が必要となります。また医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当院医師の診療に基づき、ご利用者又はご家族に説明し、同意を得た上で、3 ヶ月に一度訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画はご利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員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、ご利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。サービス当日など、体調で痛みや普段と異なる症状など、気がかりなことがございましたら、ご遠慮なく、サービス担当者にお伝えくださいますようお願いいたします。
- (5) サービス利用中、同意の得られたリハビリテーション計画書に基づいてサービスを提供いたしますが、次に挙げる行為があった場合にはサービス提供を停止します。ご了承くださいませようお願いいたします。
 - ・暴力・暴言
 - ・セクシャルハラスメント、パワーハラスメント行為
 - ・職員の業務の妨げとなる行為 等
- (6) 医療保険でのリハビリテーションと介護保険での介護予防訪問リハビリテーションは同時に行うことが出来ませんのでご了承ください。
- (7) 予防訪問時刻については交通事情により到着が前後することがございますのでご了承ください。また、15分以上時間の変更がある場合は担当の介護支援専門員に連絡しケアプランでの変更をお願いしていくようにします。
- (8) 職員の体制により担当変更を行うことがあります。その際は決定しだい早急に報告し、速やかに対応しご迷惑のかからないように配慮します。

8 虐待の防止について

当事業者は、ご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	山田 良
-------------	------

- (2) 成年後見制度のご利用を支援します。
- (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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

① ご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、ご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ご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、業務上知り得たご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、ご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、ご利用者の個人情報を用いません。また、ご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ご利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、ご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、ご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ご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、ご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、ご利用者が予め指定される連絡先にも連絡いたします。

11 事故発生時の対応方法について

ご利用者に対する指定介護予防訪問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、ご利用者の家族、ご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、ご利用者に対する指定介護予防訪問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 株式会社損害保険ジャパン

保険名 医師賠償責任保険

保障の概要 森之宮病院が、介護予防訪問リハビリテーションを行うにあたり、業務の責任によって、患者に身体の障害(障害に起因する死亡を含みます)が発生し、患者またはその遺族により損害賠償請求がなされた場合、法律上の賠償責任を保障します。

12 身分証携行義務

予防訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも当法人職員証を提示します。

13 心身の状況の把握

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、主治医からの介護予防訪問リハビリテーション指示、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、ご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ます。

14 居宅介護支援事業者等との連携

介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

15 サービス提供の記録

- ① 文書等により指導又は助言を行うように努め、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存します。口頭により指導又は助言を行った場合は、その要点を記録します。
その記録はサービス終了日から5年間保存します。
- ② ご利用者は、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 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の設備、備品等について、衛生的な管理に努めます。

17 指定介護予防訪問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、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の指定介護予防訪問リハビリテーションの内容と利用料、ご利用者負担額(介護保険を適用する場合)。別途サービス内容説明書にて説明。
- (2) その他の費用

①交通費の有無	(有・無の別を記載)サービス提供 1 回当り…(金額)
②キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のとおりです。
③ サービス提供に当り必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	重要事項説明書4-③記載のとおりです。

(3) 1か月当りのお支払い額(利用料、ご利用者負担額(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	サービス内容説明書にて説明させていただきます。
----------	-------------------------

※ 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。

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 提供した指定介護予防訪問リハビリテーションに係るご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があります。(下表に記す【事業者の窓口】をご覧ください)

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) ご利用者からの相談または苦情に対応する常設の窓口(連絡先)担当者の設置

① 森之宮病院に窓口を設置します。本事業所の職員全員が苦情に対応できるように指導し、責任者は管理者の山田 良とします。

② 営業日以外についてはFAXにて受け付け営業時間に速やかに対処します。
(FAX)06-6969-9689

③ 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理・手順

ア、窓口で受けた苦情については、受付けた担当者が苦情処理ノートに「概要、処理結果」を記載します。その場に対応可能のものであっても、必ず責任者に連絡して処理内容を決定し、ご利用者に伝達します。

イ、上記によっても苦情処理を行えない場合については、本事業所内及び法人内で会議を行い決定します。また、必要に応じて弁護士等に相談して決定します。

ウ、苦情処理によっては、行政窓口を紹介します。

④ その他の参考事項

上記に記載した以外の対応措置については、その都度本事業所内で協議し、ご利用者の立場に立って対応いたします。

(3) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 森之宮病院	所在地 大阪市城東区森之宮2丁目1-88 電話番号 06-6969-0320 FAX 番号 06-6969-9689 受付時間 9時～16時30分
【市町村の相談窓口】 城東区役所 介護保険係	ご利用時間 平日 9時～17時30分 ご利用方法 電話 06-6930-9859
東成区役所 介護保険係	ご利用時間 平日 9時～17時30分 ご利用方法 電話 06-6977-9859
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 9時～17時 ご利用方法 電話 06-6949-5418

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 年厚生省令第 37 号）」第 8 条及び第 91 条の規定に基づき、ご利用者に説明させていただきました。

事業者	所在地	大阪市城東区東中浜1丁目5番1号 TEL 06-6962-9621 FAX 06-6963-2233
	法人名	社会医療法人 大道会
	代表者名	理事長 大道 道大 印
	事業所名	森之宮病院
	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。

ご利用者	住所	
	氏名	印

代理人 ()	住所	
	氏名	印