

# 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている医療法人晃和会北田医院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、「大阪市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等を定める条例（平成 25 年大阪市条例 31 号）」の規定に基づき、指定介護予防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              | 医療法人 晃和会                                                  |
| 代表者氏名              | 理事長 北田 博一                                                 |
| 本社所在地<br>電話及びFAX番号 | 大阪市鶴見区放出東 2 丁目 4 番 1 号<br>電話 06-6961-2817 FAX06-6968-6789 |
| 法人設立年月日            | 平成 8 年 12 月 13 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              | 医療法人 晃和会 北田医院                                       |
| 介護保険指定<br>事業者番号    | 2719204121                                          |
| 事業所所在地             | 大阪市鶴見区放出東 2 丁目 4 番 1 号                              |
| 連絡先<br>相談担当者名      | 電話 06-6961-2817 FAX06-6968-6789<br>リハビリテーション部・水嶋 敦史 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 大阪市鶴見区、城東区                                          |

### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 医療法人晃和会が設置する医療法人晃和会北田医院（以下「事業所」という。）において実施する介護予防訪問リハビリテーション事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、介護予防訪問リハビリテーションの円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、要介護状態の利用者の立場に立った適切な介護予防訪問リハビリテーションの提供を確保することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 1 事業所が実施する介護予防訪問リハビリテーション事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮し、従事者等が通院の困難な利用者の居宅を訪問し、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図り、利用者の心身機能の維持回復を図ることにより、生活機能の維        |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>持又は向上を図るものとする。</p> <p>2 利用者の要介護状態の軽減及び悪化の防止、要介護状態となることの予防に資するよう、その療養上の目標を設定し、計画的に行うものとする。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>5 前4項のほか、「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年厚生労働省令第37号）」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### (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（但し祝日、12/30～1/4、夏期休暇を除く） |
| 営 業 時 間 | 9：00～17：00                      |

### (4) 事業所の職員体制

|     |          |
|-----|----------|
| 管理者 | 医師・北田 博一 |
|-----|----------|

| 職                 | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人 員 数 |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | <p>1 要支援状態となった場合においても、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、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。</p> <p>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、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。</p> <p>3 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</p> <p>4 それぞれの利用者について、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。</p> | 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                                                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防訪問リハビリテーション | 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、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、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
- 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 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ 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 利用者の居宅での飲酒、喫煙
- ⑦ 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）
- ⑧ 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

| 区分                                  |                | 利用料     | 利用者負担額 |
|-------------------------------------|----------------|---------|--------|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション | 1 回当たり 20 分の場合 | 3,242 円 | 325 円  |
|                                     | 1 回当たり 40 分の場合 | 6,484 円 | 649 円  |

|             | 加 算               | 利用料                    | 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 | 2,176 円                | 218 円  | 1 日当たり |
|             | 退院時共同指導加算         | 6,528 円                | 653 円  | 1 回当たり |
|             | サービス提供体制強化加算Ⅰ     | 65 円                   | 7 円    | 1 回当たり |
|             | 介護職員等処遇改善加算       | 所定単位数に 1.5% を乗じた単位数を加算 |        |        |

## 4 その他の費用について

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| 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。 |
| サービス提供にあたり必要となる利用者居宅で使用する電気、ガス、水道、電話等の費用 | 利用者の別途負担となります。                      |

## 5 利用者負担額及びその他の費用のお支払い方法について

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月中旬に利用月分の請求書を送付します。お支払いは、サービスを利用した翌月の 28 日（土日祝の場合は直後の平日）に自動振替します。

※ 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 2 月以上滞納し、さらに支払いの督促から 30 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 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

|                                                  |   |           |                                               |
|--------------------------------------------------|---|-----------|-----------------------------------------------|
| 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   | 水嶋 敦史                                         |
|                                                  | イ | 連絡先電話番号   | 06-6961-2817                                  |
|                                                  |   | 同ファックス番号  | 06-6968-6789                                  |
|                                                  | ウ | 受付日及び受付時間 | 月曜日～土曜日（但し祝日、12/30～1/4、夏期休暇を除く）<br>9：00～17：00 |

※ 担当する職員の変更に関しては、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所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) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防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、すべて当事業所が行ないますが、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。

## 8 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) 研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (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。

## 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 | <ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</li></ul>                             |
| ② 個人情報の保護について            | <ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。）</li></ul> |

## 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。

## 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、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。

## 12 身分証携行義務

指定介護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、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

### 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、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。

### 14 居宅介護支援事業者等との連携

指定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。

### 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及び備品等について、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、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| 曜日                       | 訪問時間帯 | サービス<br>区分・種類 | サービス内容 | 介護保険<br>適用の有無 | 利用料 | 利用者負<br>担額 |
|--------------------------|-------|---------------|--------|---------------|-----|------------|
| 月                        |       |               |        |               |     |            |
| 火                        |       |               |        |               |     |            |
| 水                        |       |               |        |               |     |            |
| 木                        |       |               |        |               |     |            |
| 金                        |       |               |        |               |     |            |
| 土                        |       |               |        |               |     |            |
| 日                        |       |               |        |               |     |            |
| 1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 |       |               |        |               |     |            |

(2) その他の費用

|                                            |                      |
|--------------------------------------------|----------------------|
| 交通費の有無                                     | サービス提供 1 回当たり 円      |
| ③ サービス提供に当り必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、電話等の費用 | 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、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。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

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

提供した指定介護予防訪問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) 苦情申立の窓口

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>医療法人晃和会<br>リハビリテーション部                                                | 所 在 地 大阪市鶴見区放出東 2 丁目 4 番 1 号<br>電話番号：06-6961-2817<br>FAX 番号：06-6968-6789<br>相談担当：水嶋 敦史<br>受付時間：9：00～17：00                                                                                    |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>鶴見区役所<br>保健福祉センター介護保険係<br><br>城東区役所<br>保健福祉センター介護保険係<br><br>その他 | 所 在 地大阪市鶴見区横堤 5 丁目 4 番 19 号<br>電話番号：06-6915-9859<br>FAX 番号：06-6913-6235<br>受付時間：9：00～17：30<br><br>所 在 地大阪市城東区中央 3 丁目 4 番 29 号<br>電話番号：06-6930-9859<br>FAX 番号：06-6932-0979<br>受付時間：9：00～17：30 |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険団体連合会                                                      | 所 在 地大阪市中心区常磐町 1 丁目 3 番 8 号中<br>央大通 FN ビル内<br>電話番号：06-6949-5418<br>FAX 番号：06-6949-5417<br>受付時間：9：00～17：00                                                                                    |

## 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 | 令和      年      月      日 |
|-----------------|-------------------------|

上記内容について、「大阪市指定居宅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等を定める条例（平成 25 年大阪市条例 31 号）」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   | 大阪市鶴見区放出東 2 丁目 4 番 1 号 |   |
|     | 法人名   | 医療法人 晃和会               |   |
|     | 代表者名  | 理事長 北田 博一              | 印 |
|     | 事業所名  | 医療法人 晃和会 北田医院          |   |
|     | 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 |  |

|       |    |  |
|-------|----|--|
| 身元引受人 | 住所 |  |
|       | 氏名 |  |