

## 重要事項説明書

(訪問リハビリテーション用)

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10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、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 指定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 阪南会                             |
| 代表者氏名                 | 理事長 柿原宏                              |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 岸和田市春木大国町8-4<br>TEL072-436-2233 (代表) |
| 法人設立年月日               |                                      |

### 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              | 天の川病院                                   |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 2711102521                              |
| 事業所所在地             | 岸和田市春木大国町8-4                            |
| 連絡先<br>相談担当者名      | TEL072-436-2233 (代表)<br>リハビリテーション科 井本健志 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 岸和田市                                    |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 病院の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚療法士（以下「理学療法士等」という。）が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。 |
| 運営の方針 | 事業は、要介護状態となった場合においても、その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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることとする。                         |

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月曜日～土曜日    |
| 営業時間 | 9:00～17:00 |

#### (4) サービス提供可能な日と時間帯

|          |            |
|----------|------------|
| サービス提供日  | 水曜日・金曜日    |
| サービス提供時間 | 9:00~17:00 |

(5) 事業所の職員体制

|     |        |
|-----|--------|
| 管理者 | 院長 柿原隼 |
|-----|--------|

| 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 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。</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を把握します。計画作成に当たっては、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を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、利用者に交付します。</p> <p>3 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。</p> <p>4 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の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</p> <p>5 それぞれの利用者について、指定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> | <p>理学療法士 1名</p> <p>作業療法士 名</p> <p>言語聴覚士 名</p> |

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   |
|---------------|---|
| 指定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、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リ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) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定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 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
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 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

| 区分                              |                                 | 利用料     | 利用者負担額  |
|---------------------------------|---------------------------------|---------|---------|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 基本報酬<br>(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度) | 1回<br>円 | 1回<br>円 |

| 加 算                    |                              | 利用料         | 利用者負担額 | 算定回数等                 |
|------------------------|------------------------------|-------------|--------|-----------------------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算      | 退院(所)日又は新たに要介護認定効力発生日から3月以内) | 円           | 円      | 1日当たり                 |
| リハビリテーションマネジメント加算      | (イ)                          | 円           | 円      | 1月当たり                 |
|                        | (ロ)                          | 円           | 円      | 1月当たり                 |
| サービス提供体制強化加算           |                              | 円           | 円      | 1回当たり                 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 |                              | 所定単位数の5/100 | 左記の1割  | 1回当たり                 |
| 社会参加支援加算               |                              | 円           | 円      | 1日当たり(評価対象期間の次年度内に限る) |

- ※ (短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。  
退院(退所)日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算(イ)については、リハビリテーション計画の進捗等を定期的見直し、介護支援専門員を通じた居宅サービス事業者への情報伝達等しリハビリの質の管理をする場合に1月に1回算定します。  
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)については、リハビリ会議の開催、居宅サービス事業所と居宅訪問等しリハビリの質の管理をする場合に1月に1回算定します。
- ※ 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届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
- ※ 当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービ

ス提供を行った場合は、上記金額の 90/100 となります。

同一の敷地内若しくは隣接する建物とは、当該事業所と構造上、外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを言います。

同一の建物に 20 人以上居住する建物とは、前記に該当するもの以外で当事業所の利用者が 20 人以上居住する建物を言います。

(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅に限る)

- ※ 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 交通費                                      | 指定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。                                |                             |
| 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。 |                             |
|  | 24 時間前までのご連絡の場合  | キャンセル料は不要です                 |
|  | 12 時間前までにご連絡の場合  | キャンセル料は不要です                 |
|  | 12 時間前までにご連絡のない場合  | 提供予定単位数当りの料金の 50% を請求いたします。 |
| ※ただし、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、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  | <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 15 日までに利用者あてお届け(郵送)します。</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>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△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) 事業者指定口座への振り込み<br/>(イ) 利用者指定口座からの自動振替<br/>(ウ) 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となることがあります。)</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2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14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。

※ 振込口座：りそな銀行 泉大津支店 （普）3168920  
医療法人阪南会 天の川病院 理事長 柿原宏

## 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        |
|  | リハビリテーション科長 川端雅臣 |
|  | イ 連絡先電話番号        |
|  | 072-436-2233     |
|  | 同ファックス番号         |
| 072-436-0889                                     |                  |
| ウ 受付日及び受付時間                                      |                  |
| 月曜日～土曜日 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者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。

## 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) 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 | 理学療法士 井本健志 |
|-------------|------------|

- (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。  
(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。  
(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。  
(6) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 9 ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (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、業務上必要かつ適当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
- 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、好意的態度の要求など、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びそのご家族などが対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議などにより、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 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、介護現場における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、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約などの措置を講じます。

## 10 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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の</li></ul> |
|--------------------------|--|

|               | 内容とします。   |
|---------------|---|
| ② 個人情報の保護について | <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。</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 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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 非常災害対策

非常事態に備えて防災計画を作成し、防火管理者を定め、定期的に必要な訓練を行います。

- ・ 防災訓練 年2回以上実施

#### 13 業務継続計画の策定等

①事業所は、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訪問リハビリテーション（指定介護予防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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

②事業所は、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するものとする。

③事業所は、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うものとする。

#### 14 身分証携行義務

指定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。

## 15 心身の状況の把握

指定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。

## 16 居宅介護支援事業者等との連携

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。

## 17 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、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。

## 18 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。

## 19 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)
- 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。苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し

### (2) 苦情申立の窓口

|   |  |
|---|--|
| 【事業者の窓口】<br>(事業者の担当部署・窓口の名称)                      | 天の川病院 岸和田市春木大国町8-4<br>TEL 072-436-2233 FAX 072-436-0889<br>受付時間 9:00~17:00 |
| 【市町村(保険者)の窓口】<br>(利用者の居宅がある市町村(広域連合)の介護保険担当部署の名称) | 岸和田市役所 介護保険課<br>岸和田市岸城町7-1<br>TEL 072-423-2121                             |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険団体連合会                       | 大阪府国民健康保険団体連合会<br>大阪府中央区常盤町1-3-8<br>TEL 06-6949-5446                       |

## 20 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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 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   | 岸和田市春木大国町 8 - 4 |
|     | 法人名   | 医療法人阪南会         |
|     | 代表者名  | 柿原 宏            |
|     | 事業所名  | 天の川病院           |
|     | 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。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |