

# 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）重要事項説明同意書

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、パークサイドなごみ訪問リハステーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

〈事業者〉

事業者名 医療法人 河和会  
パークサイドなごみ訪問リハステーション

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、重要事項説明書に基づいて、パークサイド なごみ訪問リハステーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

〈利用者様〉

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ (印)

〈代理人様〉（選任した場合）

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**医療法人 河和会 パークサイド なごみ訪問リハステーション**  
**訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション） 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訪問リハビリテーションサービス（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、「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」又は、「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効果的な支援の方法に関する基準」の規定に基づき、訪問リハビリテーションサービス又は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 訪問リハビリテーションサービス（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 河和会  |
| 代表者氏名                 | 理事長 内藤 博江   |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪府和泉市鶴山台二丁目4番7号<br>TEL 0725-46-2211 FAX 0725-46-0881 |
| 法人設立年月日               | 平成8年1月16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              | パークサイドなごみ訪問リハステーション                              |
| 介護保険指定<br>事業者番号    | 2750880078                                       |
| 事業所所在地             | 大阪市東住吉区公園南矢田三丁目19番12号                            |
| 連絡先<br>相談担当者名      | TEL 06-6606-2211 FAX 06-6606-2212<br>理学療法士 芝本 卓矢 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 大阪市全域及び松原市全域                                     |

**(2) 事業の目的及び運営の方針**

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定訪問リハビリテーション又は指定介護予防訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。 |
|-------|---|

|           |  |
|-----------|--|
| 運 営 の 方 針 | <p>要介護者等が、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生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の心身の機能の維持回復を図る。</p> <p>指定訪問リハビリテーション又は指定介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。</p> <p>指定訪問リハビリテーション又は指定介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</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（12/31～1/3を除く） |
| 営 業 時 間 | 10：00～17：00           |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

|          |                      |
|----------|----------------------|
| サービス提供日  | 月曜～土曜日（12/31～1/3を除く） |
| サービス提供時間 | 10：00～17：00          |

(5) 事業所の職員体制

|     |      |
|-----|------|
| 管理者 | 野田 亨 |
|-----|------|

| 職                 | 職 務 内 容   | 人 員 数   |
|-------------------|---|---|
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | <ol style="list-style-type: none"> <li>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又は介護予防支援事業者と連携を図ります。</li> <li>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訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）を作成します。計画作成にあたっては、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。</li> <li>3 訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づき、訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）のサービスを提供します。</li> <li>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。</li> <li>5 それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画（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。</li> </ol> | <p>理学療法士 9名</p> <p>作業療法士 2名</p> <p>言語聴覚士 2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生活機能の維持又は向上を目指し、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。 |
| 指定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、生活機能の維持、向上をめざします。       |

#### (2) 訪問リハビリテーション（介護予防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（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 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

【 】内は2割・3割負担の場合

| 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<br>*基本報酬（週6回を限度）     | 3,351円/回 | 336円【671円・1,006円】 |
| 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<br>*基本報酬（週6回を限度） | 3,242円/回 | 325円【649円・973円】   |

| 加 算  | 利用料      | 利用者負担額          |
|--|----------|-----------------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算<br>*退院（所）日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 | 2,176円/日 | 218円【436円・653円】 |

|   |                  |                     |
|---|------------------|---------------------|
| 認知症短期集中リハビリテーション加算<br>*退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 | 2,611円/日         | 262円【523円・784円】     |
| 口腔連携強化加算<br>*月1回まで                                  | 544円             | 55円【109円・164円】      |
| 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合                 | △217円            | △22円【△44円・△66円】     |
| 利用を開始した日の属する月から12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合      | △326円            | △33円【△66円・△98円】     |
| 移行支援加算(要介護のみ)                                       | 184円             | 19円【37円・56円】        |
| 退院時共同指導加算<br>*退院につき1回まで                             | 6,528円/日         | 653円【1,306円・1,959円】 |
| サービス提供体制加算(Ⅰ)                                       | 65円/回            | 7円【13円・20円】         |
| 介護職員等処遇改善加算   | 所定単位数の1000分の15相当 |                     |

#### 4 その他の費用について

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| ① 交通費                                      | 通常の事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)に要した交通費は、その実額を請求させていただきます。<br>なお、自動車を利用した場合の交通費は、次の額を請求させていただきます。 |                       |
|  | 通常の実施地域を越えて1kmにつき 500円(税別)  |                       |
| 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。  |                       |
|  | 当日9:00までのご連絡の場合   | キャンセル料は不要です。          |
|  | 当日9:00までにご連絡のない場合   | 1提供当りの料金の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。 |   |                       |

## 5 利用料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 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</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、請求月の末日までに、下記のうち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）現金払い</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 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。

## 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

|  |  |
|--|--|
| <p>利用者のご事情により、担当する職員の変更をご希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。</p> | <p>ア 相談担当者氏名 芝本 卓矢</p> <p>イ 連絡先電話番号 06-6606-2211</p> <p>同ファックス番号 06-6606-2212</p> <p>ウ 受付日及び受付時間 平日 9:00~18:00</p> |
|--|--|

※ 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。また、担当する職員が訪問日及び訪問時間に訪問できない場合は、あらかじめご連絡の上代替者の検討も含め調整させていただきます。

## 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、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

当事業所は、利用者様等の人権の擁護・虐待の発生又は再発防止等のために、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。

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| <b>虐待防止に関する責任者</b> | 理学療法士 芝本 卓矢 |
|--------------------|-------------|

- (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・普及するための委員会及び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 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内容とします。</li></ul> |
|--------------------------|---|

|                      |   |
|----------------------|---|
| <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> |
|----------------------|---|

#### 10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問リハビリテーション（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（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問リハビリテーション（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 | 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 | 対人賠償補償、対物賠償補償、管理財物、人格権侵害、経済的損害、事故対応費用、対人見舞費用 |

#### 11 身分証携行義務

訪問リハビリテーション（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。

#### 12 心身の状況の把握

訪問リハビリテーション（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。

#### 13 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（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（介護予防サービス支援計画）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。

#### 14 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。

#### 15 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) 訪問リハビリテーション（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。
- (3) 従業者に対する感染症の予防及びまん延の防止のための委員会及び研修を実施しています。

#### 16 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）サービス内容の見積りについて ※別紙見積り書参照

#### 17 サービス内容に関する苦情相談窓口

##### (1) 当事業所の苦情・相談窓口

|         |               |
|---------|---------------|
| 窓口責任者   | 理学療法士 芝本 卓矢   |
| ご利用時間   | 平日 9:00～18:00 |
| ご利用電話番号 | 06-6606-2211  |
| 面談場所    | 相談室等          |
| ご意見箱    | 受付カウンター等      |

##### (2) 行政等関係機関の苦情等相談窓口

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 【指定権者の窓口】<br>大阪市介護保険課<br>指定・指導グループ | 所在地 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331<br>電話 06-6241-6310<br>受付時間 平日 9:00～17:30        |
| 【市町村の窓口】                           | ※下記市町村苦情相談窓口参照   |
| 【公共団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険<br>団体連合会    | 所在地 大阪市中央区常磐町 1-3-8 中央大通 FN ビル内<br>電話 06-6949-5418<br>受付時間 平日 9:00～17:00 |

◎市町村苦情相談窓口

| 市町村名    | 所在地               | 電話番号         |
|---------|-------------------|--------------|
| 大阪市北区   | 大阪市北区扇町 2-1-27    | 06-6313-9859 |
| 大阪市都島区  | 大阪市都島区中野町 2-16-20 | 06-6882-9859 |
| 大阪市福島区  | 大阪市福島区大開 1-8-1    | 06-6464-9859 |
| 大阪市此花区  | 大阪市此花区春日出北 1-8-4  | 06-6466-9859 |
| 大阪市中央区  | 大阪市中央区久太郎町 1-2-27 | 06-6267-9859 |
| 大阪市西区   | 大阪市西区新町 4-5-14    | 06-6532-9859 |
| 大阪市港区   | 大阪市港区市岡 1-15-25   | 06-6576-9859 |
| 大阪市大正区  | 大阪市大正区千島 2-7-95   | 06-4394-9859 |
| 大阪市天王寺区 | 大阪市天王寺区真法院町 20-30 | 06-6774-9859 |
| 大阪市浪速区  | 大阪市浪速区敷津東 1-4-20  | 06-6647-9859 |
| 大阪市西淀川区 | 大阪市西淀川区御幣島 1-2-10 | 06-6478-9859 |
| 大阪市淀川区  | 大阪市淀川区十三東 2-3-3   | 06-6308-9859 |
| 大阪市東淀川区 | 大阪市東淀川区豊新 2-1-4   | 06-4809-9859 |
| 大阪市東成区  | 大阪市東成区大今里西 2-8-4  | 06-6977-9859 |
| 大阪市生野区  | 大阪市生野区勝山南 3-1-19  | 06-6715-9859 |
| 大阪市旭区   | 大阪市旭区大宮 1-1-17    | 06-6957-9859 |
| 大阪市城東区  | 大阪市城東区中央 3-5-45   | 06-6930-9859 |
| 大阪市鶴見区  | 大阪市鶴見区横堤 5-4-19   | 06-6915-9859 |
| 大阪市阿倍野区 | 大阪市阿倍野区文の里 1-1-40 | 06-6622-9859 |
| 大阪市住之江区 | 大阪市住之江区御崎 3-1-17  | 06-6682-9859 |
| 大阪市住吉区  | 大阪市住吉区南住吉 3-15-55 | 06-6694-9859 |
| 大阪市東住吉区 | 大阪市東住吉区東田辺 1-13-4 | 06-4399-9859 |
| 大阪市平野区  | 大阪市平野区背戸口 3-8-19  | 06-4302-9859 |
| 大阪市西成区  | 大阪市西成区岸里 1-5-20   | 06-6659-9859 |
| 松原市     | 大阪府松原市阿呆 1-1-1    | 072-334-1550 |

◎ 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）についてご記入ください。

| 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所） |       |
|----------------------|-------|
| フリガナ<br>事業所名         |       |
| 住 所                  | 〒     |
| フリガナ<br>担当者名         |       |
| 電話番号                 | (事業所) |
|                      | (携 帯) |

◎ かかりつけの医療機関についてご記入ください。

| 医療機関          |   |
|---------------|---|
| フリガナ<br>医療機関名 |   |
| 住 所           | 〒 |
| 科             | 科 |
| フリガナ<br>主治医   |   |
| 電話番号          |   |
| FAX 番号        |   |

◎ 緊急連絡先についてご記入ください。

| 第1 緊急連絡先    |      |
|-------------|------|
| フリガナ<br>氏 名 |      |
| 住 所         | 〒    |
| 電話番号        | (自宅) |
|             | (携帯) |
|             | (職場) |
| 続 柄         |      |

| 第2 緊急連絡先    |      |
|-------------|------|
| フリガナ<br>氏 名 |      |
| 住 所         | 〒    |
| 電話番号        | (自宅) |
|             | (携帯) |
|             | (職場) |
| 続 柄         |      |

上記の緊急連絡先については、利用者様の心身状態における特変時等に、当事業所及び関連機関から直接ご連絡を取らせて頂くために必要です。

尚、連絡先の変更等がある場合は、速やかに当事業所へ届け出をお願い致します。