

重要事項説明書

(介護予防訪問リハビリテーション)

様

医療法人 大泉会
介護老人保健施設 くろいし

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、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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 大泉会
代表者氏名	理事長 佐々木 徳之
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府堺市西区北条町 1 丁 2 番 31 号 TEL 072-278-2921 FAX 072-278-2925
法人設立年月日	昭和 43 年 1 月 20 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	介護老人保健施設くろいし
介護保険指定 事業所番号	2750580041
事業所所在地	大阪府和泉市黒石町 566 番 1
連絡先 相談担当者名	TEL 0725-57-2266 FAX 0725-57-2267 大橋浩二
事業所の通常の 事業の実施地域	和泉市・堺市南区・岸和田市の一部

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	大泉会が設置する介護老人保健施設くろいしにおいて実施する指定介護予防訪問リハビリテーション事業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、要支援状態にある利用者に対し、指定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、利用者の立場に立った適切な指定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します。
運営の方針	指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要支援状態の利用者に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、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日
営 業 時 間	午前 8 時 40 分から午後 5 時 15 分

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から土曜日
サービス提供時間	午前 8 時 40 分から午後 5 時 15 分

(5) 事業所の職員体制

管理者	(職名)医師 (氏名)敖 澄曦
-----	-----------------

従業者の職種	職 務 内 容	人 員 数
理学療法士	1 サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、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。介護予防訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、介護予防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。 3 介護予防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。 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。 5 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。	理学療法士 2 名 (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
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、生活機能の維持、向上を目指します。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定介護予防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、作業療法士による 介護予防訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス、 1週に6回が限度)	1 回 3,078 円	1 回 (1 割) 308 円 (2 割) 616 円

加 算	利用料	利用者負担額	算定回数等
サービス体制提供強化加算 I ※1	61 円	(1 割) 7 円 (2 割) 13 円	1 回につき
短期集中リハビリテーション加算 ※2	2,066 円	(1 割) 207 円 (2 割) 414 円	1 日につき
12 月超減算 ※3	-310 円	(1 割) -31 円 (2 割) -62 円	1 回につき
	定期的にリハビリテーション会議を開催し、LIFE(国への情報提供)を行った場合は減算無し		
計画診療未実施減算 ※4	-516 円	(1 割) -51 円 (2 割) -103 円	1 回につき
退院時共同指導加算 ※5	6,198 円	(1 割) 620 円 (2 割) 1,240 円	退院時1回限定

※1 サービス提供体制強化加算Ⅰ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介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※2 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介護予防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算定します。

※3 12 月超減算は、利用を開始した日の属する月から起算して 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に減算します。

※4 計画診療未実施減算は、当事業所の医師が介護予防訪問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、基本報酬から減算します。

※5 退院時共同指導加算は、入院中の者が退院するに当たり、退院前カンファレンスに参加し、退院前共同指導を行った後に当該者に対するリハビリテーションを行った場合に算定します。

4 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	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。 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 日以降に送付致します。
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	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 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (1)各金融機関へ自動振替(原則) (2)現金支払い イ お支払いの確認をしたら、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。)

※ 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。

5 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 理学療法士 大橋 浩二 イ 連絡先電話番号:0725(57)2266 同ファックス番号:0725(57)2267 ウ 受付日及び受付時間:月曜日から土曜日(祝日含む) 8時40分から17時15分
--	---

※ 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。

6 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所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) 医師及び理学療法士、作業療法士は、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。

7 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 大橋 浩二
-------------	-------------

- (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。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

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、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。
個人情報の保護について	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。 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。 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。）

9 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：東京海上日動火災保険株式会社 保険名：介護老人保健施設総合補償制度 補償の概要：賠償事故補償制度・利用者傷害見舞金制度
--

10 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。

11 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、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。

12 介護予防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、既に介護予防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。

13 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。

14 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。

15 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)

訪問曜日	サービス時間	1日利用料金
曜日		円
1週当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額		円

(2) その他の費用

① 交通費の有無	発生しません。
② キャンセル料	発生しません。

(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ヵ月以内とします。

16 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。(次表に記す【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。
- 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。
 - 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要であると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。
 - 検討の結果等を踏まえて、迅速に関係者への連絡調整を行うとともに、利用者には必ず対応方法を含めた結果報告を行う。
 - 記録を台帳(パソコンのデータベース)に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 介護老人保健施設くろいし 担当責任: 浦西 孝明	所 在 地: 大阪府和泉市黒石町 566 番 1 TEL: 0725-57-2266 FAX: 0725-57-2267 受付時間: 毎週月曜日～土曜日 9:00～17:15
【市町村(保険者)の窓口】 和泉市市役所健康福祉部 介護保険課	所 在 地: 和泉市府中町 2-7-5 TEL: 0725-41-1551 FAX: 0725-45-9352 受付時間: 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険 団体連合会	所 在 地: 大阪府中央区常盤 1-3-8 中央大通 FNビル内 11 TEL: 06-6949-5418 FAX: 06-6949-5417 受付時間: 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
【お住いの地域の窓口】	所 在 地: TEL: FAX: 受付時間: 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

17 重要事項説明の年月日

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	大阪府和泉市黒石町 566 番 1
	事業者	医療法人大泉会
	代表者名	理事長 佐々木 徳之 印
	事業所名	介護老人保健施設くろいし 訪問リハビリテーション
	説明者	大橋 浩二 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

情報提供同意書

介護老人保健施設くろいしが提供する各事業（指定介護老人保健施設、指定短期入所療養介護（予防含む）、通所リハビリテーション（予防含む）、訪問リハビリテーション（予防含む））が円滑なサービスを行うため、下記に該当する場合に事業所が知り得たご利用者又はご契約者等に関する情報を、関係機関や事業所に提供することに同意します。

記

1. 利用者に医療上、緊急の必要が生じた場合の医療機関へのご利用者に関する心身の情報提供。
2. ご利用者にかかわる介護サービス提供に関する他の居宅介護支援事業者との連携を図るためご利用者又はご契約者等の個人情報の提供。
3. ご利用者又はご契約者から、当事業所が提供するサービス内容について苦情申し立てが起こった場合、苦情対策室への個人情報の提供。

情報提供同意書説明年月日	令和 年 月 日
--------------	---

事業者	所在地	和泉市黒石町566-1
	事業者	医療法人 大泉会
	代表者名	理事長 佐々木 徳之
	事業所名	介護老人保健施設くろいし 訪問リハビリテーション
	説明者	大橋 浩二

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

介護予防訪問リハビリテーションのサービスの提供に伴う利用者負担にかかる同意書

令和 年 月 日

医療法人 大泉会
理事長 佐々木 徳之 殿

< 利 用 者 >

住 所

電話番号

氏 名

㊞

< 代 理 人 >

住 所

電話番号

氏 名

㊞

介護老人保健施設くろいしの介護予防訪問リハビリテーションサービスを利用するにあたり、重要事項説明書の利用者負担に関して、担当者から説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護予防訪問リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 事業所の諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 利用料等の費用の支払いについては、事業所に対し一切迷惑をかけません。

以 上