

## 重要事項説明書

(居宅療養管理指導、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)

あなた（又はあなたの家族）に対する居宅療養管理指導、訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号 第8条に基づいて、当事業者があなたにすべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者概要

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| 事業者名称                | 医療法人寿山会 喜馬病院                  |
| 代表者氏名                | 熊野 公束                         |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号) | 東大阪市岩田町4丁目2-8<br>072-961-6888 |
| 法人設立年月日              | 昭和53年                         |

### 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              | 医療法人寿山会 喜馬病院                           |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 2715011843                             |
| 事業所所在地             | 東大阪市岩田町4丁目2-8                          |
| 連絡先<br>相談担当者名      | 072-965-6358<br>(居宅 東 咲名枝)(リハビリ 高濱 祐也) |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 居宅(8km圏内)・リハビリ(4km圏内)                  |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 医療法人寿山会が設置する喜馬病院は、介護支援専門及び要介護者等からの相談に応じ、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ち、その心身におかれている状況に応じて本人やその家族の意向等を基に、計画作成をおこない適切なサービスの提供を致します。       |
| 運営の方針 | 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は、要介護状態になることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るように配慮して療養生活を支援し、心身機能の維持、回復に努めます。 |

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |   |
|------|---|
| 営業日  | 月曜から土曜日までとする。ただし、日曜日、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。 |
| 営業時間 | 8時45分から17時15分                                 |

#### (4) 事業所の職員体制

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| 管理者               | 熊野 公束        |
| 医師（在宅医療科）         | 常勤 2名、非常勤 3名 |
| 看護師（在宅医療科）        | 常勤 2名 非常勤 3名 |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 常勤 8名        |
| 管理栄養士             | 常勤 1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及び費用について

| サービス区分と種類           | サービスの内容  |
|---------------------|--|
| 居宅療養管理指導            | 担当の医師が、通院の困難な利用者に対し、その居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に利用者が居宅計画サービス計画を依頼する介護事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。              |
| 居宅療養管理指導<br>（管理栄養士） | 担当の医師が、通院の困難な利用者に対し、厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると判断した場合、管理栄養士がその居宅を訪問して栄養ケア計画を作成し、患者又はその家族に対して交付するとともに栄養食事相談や助言を行います。 |
| 訪問リハビリテーション         | 自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当診療所の理学療法士や言語聴覚士が定期的に訪問し、必要なりハビリテーションを行い、在宅療養の援助を行います。  |

#### (2) 居宅療養管理指導事業者、訪問リハビリテーションの禁止行為

居宅療養管理指導、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 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 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）
- ⑦ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑧ 訪問利用者居住区域で台風に伴う警報または特別警報が発令された場合は訪問時間の変更や訪問を中止する場合があります。

- ⑨ 訪問事業所から訪問利用者居住区域内で震度5弱以上の地震が発生した場合、または震度4以下の地震が発生した場合は、被害状況により訪問を中止します。
- ⑩ 動物（犬・猫等）の飼育されている場合、留意願います。
- ⑪ パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- ⑫ サービス利用中の動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載するなどの行為
- ⑬ 事業者職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

| 区分等   |                             | 単位数     |
|---|-----------------------------|---------|
| 医師による居宅療養<br>管理指導費（Ⅰ）<br>（月2回まで）<br>（介護・予防）   | 単一建物居住者1人に対して行う場合           | 515単位/回 |
|   | 単一建物居住者2人以上9人以下に対して<br>行う場合 | 487単位/回 |
|   | 単一建物居住者が上記以外の場合             | 446単位/回 |
| 医師による居宅療養<br>管理指導費（Ⅱ）<br>（月2回まで）<br>（介護・予防）<br>（在宅時医学総合管理料<br>又は特定施設入居時等医<br>学総合管理料を算定する<br>場合） | 単一建物居住者1人に対して行う場合           | 299単位/回 |
|   | 単一建物居住者2人以上9人以下に対して<br>行う場合 | 287単位/回 |
|   | 単一建物居住者が上記以外の場合             | 260単位/回 |
| 当該指定居宅療養管理<br>指導事業所の<br>管理栄養士による<br>居宅療養管理指導  | 単一建物居住者1人に対して行う場合           | 545単位/回 |
|   | 単一建物居住者2人以上9人以下に対して<br>行う場合 | 487単位/回 |
|   | 単一建物居住者が上記以外の場合             | 444単位/回 |
| 当該指定居宅療養管理<br>指導事業所以外の<br>管理栄養士による<br>居宅療養管理指導  | 単一建物居住者1人に対して行う場合           | 525単位/回 |
|   | 単一建物居住者2人以上9人以下に対して<br>行う場合 | 467単位/回 |
|   | 単一建物居住者が上記以外の場合             | 424単位/回 |
| 理学療法士、作業療法<br>士、言語聴覚士による訪<br>問リハビリテーション   | 訪問リハビリテーション費                | 308単位/回 |
|   | 介護予防訪問リハビリテーション費            | 298単位/回 |
|   | （1回20分以上のサービス、<br>1週に6回が限度） |         |

| 加算                   | 単位数                     | 算定要件  |
|----------------------|-------------------------|---|
| 短期集中リハビリテーション実施加算    | 200単位/日                 | 退院(所)日または、認定日から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。<br>※1週につきおおむね2日以上、1日あたり20分以上実施していること                        |
| サービス提供体制強化加算         | (I) 6単位/回<br>(II) 3単位/回 | 直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数7年以上 (I) 3年以上 (II) の者がいる場合。   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 240単位/日<br>(週2回まで)      | リハビリによって認知機能、生活機能の改善が見込まれる症状に対して、医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、その退院(所)日または訪問開始日から3月以内にリハビリを集中的に行った場合。 |
| 移行支援加算               | 17単位/日                  | 評価対象期間において訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、通所介護、通所リハビリテーション等やその他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が、百分の五を超えている場合。                |
| 口腔連携強化加算             | 50単位/回<br>(月1回まで)       | 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関およびケアマネージャーに対し、当該評価の結果を情報提供した場合。                             |

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か月<br>お支払い額の目安 | 月 約 _____ 回   |
|                 | 加算 <u>短期集中リハビリテーション実施加算、</u><br><u>サービス提供体制強化加算、移行支援加算、</u><br><u>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</u><br><u>口腔連携強化加算</u> |
|                 | 合計 約 _____ 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。

|  |   |
|--|---|
| 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10日以降に利用者あてにお届け（郵送）します。</p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| ② 利用料、利用者負担額<br>(介護保険を適用する<br>場合)、その他の費用の<br>支払い方法等 | ア 請求月の月末までに、下記の方法によりお支払い下さい。<br><br>※利用者指定口座(銀行・ゆうちょ銀行)からの自動振替                            |
|   | 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。) |

※ 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                                      | 利用者の居宅が通常事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。        |                    |
| 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、キャンセルの有無に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 |                    |
|  | 事前に連絡があった場合  | キャンセル料は不要です        |
|  | 事前に連絡がなかった場合   | 利用料自己負担分の100%を頂きます |
| ※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。 |  |                    |

※ 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<br>訪問診療担当者：東 咲名枝<br>訪問リハビリ担当者：高濱 祐也     |
|  | イ 連絡先電話番号<br>072-965-6358                         |
|  | ウ 受付日及び受付時間<br>平日 8時45分～17時15分<br>土曜 8時45分～12時30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。

## 7 サービスの提供にあたって

### (1) 居宅療養管理指導、訪問リハビリテーション

- 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。

### (2) 居宅療養管理指導

- ①医師が行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理を基づいて、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。  
上記計画については、訪問後、必要に応じ、計画の見直しを行い、「管理指導計画」は概ね3月を目途に見直しを行います。

### (3) 訪問リハビリテーション

- ① 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へ交付します。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。

## 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 | 理事長 熊野 公束 |
|-------------|-----------|

- (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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>                               |
| <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 緊急時の対応方法について

|      |               |     |
|------|---------------|-----|
| 医療機関 | 医療法人寿山会 喜馬病院  | 主治医 |
| 所在地  | 東大阪市岩田町4丁目2-8 |     |
| 電話番号 | 072-965-6358  |     |

|        |     |
|--------|-----|
| ①家族連絡先 |     |
| 氏名及び続柄 | ( ) |
| 住所     |     |
| 電話番号   |     |
| ②家族連絡先 |     |
| 氏名及び続柄 | ( ) |
| 住所     |     |
| 電話番号   |     |

## 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。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   | 医療機関医師賠償責任保険 |

## 12 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。



### 1 3 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。

### 1 4 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。

### 1 5 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、サービスを提供した日から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。

### 1 6 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。

### 1 7 サービス提供に関する相談、苦情について

#### (1) 苦情申立の窓口

|   |   |
|---|---|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>喜馬病院<br>訪問診療担当者：東 咲名枝<br>訪問リハビリ担当者：高濱 祐也 | <b>所在地</b> 東大阪市岩田町4丁目2-8<br><b>電話番号</b> 072-965-6358<br><b>ファックス番号</b> 072-965-6040<br><b>受付時間</b> 平日 8時45分～17時15分<br>土曜 8時45分～12時30分 |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>東大阪市 福祉部 指導監査室<br>居宅事業者課            | <b>所在地</b> 東大阪市荒本北1丁目1-1<br><b>電話番号</b> 06-4309-3317<br><b>ファックス番号</b> 06-4309-3813<br><b>受付時間</b> 9時～17時30分（土日祝休み）                   |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会                          | <b>所在地</b> 大阪府中央区常磐町1丁目3-8<br>中央大通FNビル<br><b>電話番号</b> 06-6949-5418<br><b>ファックス番号</b> 06-6949-5417<br><b>受付時間</b> 9時～17時（土日祝休み）        |

## 18 契約の終了

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。
- (2) 利用者が契約を解除したとき。
- (3) 利用者が介護保健施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。
- (4) 利用者が死亡したとき。

※ なお、訪問リハビリテーションサービスは原則的に「通院、通所が困難な利用者を対象に在宅にて行われるサービス」であり、通院又は通所系サービスへの移行が可能となればサービスを移行し訪問サービスを終了する場合があります。

## 19 業務継続計画の策定等について（非常災害・感染症）

事業所は非常災害及び感染症の発生時において、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (1) 従業員に対し、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  
に実施します。
- (2) 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います。

## 20 職員への次のようなハラスメントを固くお断りします。

- (1) 身体的暴力…身体的力を使って危険を及ぼす行為  
例：職員を叩く、物を投げる。
- (2) 精神的な暴力…個人の尊さや人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。  
例：怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを請求する等。
- (3) セクシャルハラスメント…意に沿わない性的行為の誘い掛け、好意的な態度の要求等、  
性的ないやがらせ行為  
例：必要もなく手や腕に触る、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返す等。

# 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

- ・ 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用する。
- ・ 当初サービス計画においての利用目的外にサービス調整の際必要とされる場合に使用する。

### 2. 使用にあたっての条件

- ・ 個人情報の提供は、1. に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ・ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記載しておくこと。

### 3. 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ 主治医指示内容、計画書に関する情報 ・ その他の情報

\* 個人情報とは、利用者および家族個人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

\*

### 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、「東大阪市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例（平成24年東大阪市条例第36号）」第20条及び第21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 東大阪市 岩田町4丁目2-8 |
|     | 法人名   | 医療法人 寿山会           |
|     | 代表者名  | 熊野 公束              |
|     | 事業所名  | 医療法人寿山会 喜馬病院       |
|     | 説明者氏名 |                    |

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 |  |

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