

重要事項説明書

- 指定通所リハビリテーション
- 指定介護予防通所リハビリテーション

2024/6/1

医療法人嘉誠会

山本医院

重要事項説明書

（指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションサービス）

あなたに対する（予防）通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（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）第83条、第8条に基づいて、当事業者があなたに説明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 嘉誠会
主たる事務所の所在地	大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 山本 嘉治
設立年月日	平成10年1月1日
電話番号	06-6704-2982
ファクシミリ番号	06-6704-2981
ホームページアドレス	http://www.kaseikai.or.jp

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	山本医院
事業者番号	2710806874
所在地	大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号
電話番号	06-6704-2982
ファクシミリ番号	06-6704-2981
開設年月日	平成10年1月1日
管理者の氏名	院長 山本 嘉治
利用者の定員	1単位20から25名（1日3単位実施）
サービス提供地域	大阪市東住吉区、大阪市平野区、大阪市阿倍野区、大阪市住吉区
実施しているその他の事業	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

3. 事業の目的と運営方針

事業目的	要介護状態又は要支援状態の利用者に対し、適正な指定通所リハビリテーション〔指定介護予防通所リハビリテーション〕を提供することを目的とする。
運営方針	指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、要介護者の心身の状況、病歴を踏まえて、要介護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、理学療法、作業療法、言語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るものとする。 指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたっては、要支援者の心身の状況を踏まえて、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、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、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、要支援者の心身の機能の維持回復を図る。

4. ご利用事業所の職員体制と職務

従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者 (又は管理代行者)	1人	常勤1名 勤務時間(午前9時00分～午後5時00分)
医師	1人	常勤1名 勤務時間(午前9時00分～午後5時00分)
理学療法士	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前8時45分～午後5時00分)
作業療法士	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前8時45分～午後5時00分)
言語聴覚士	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前8時45分～午後5時00分)
看護職員	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前9時00分～午後5時00分)
介護職員	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前9時00分～午後5時00分)
事務職員	1人以上	常勤1名以上 勤務時間(午前8時30分～午後5時00分)
職 務 内 容		
管理者・医師	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に、利用者の健康維持及び合併症の医学的管理を行い、利用者が疾病やけが等を心配せず、安心してサービスを利用することができるようにすることを職務とする。	
理学療法士／作業療法士 ／言語聴覚士	利用者が家庭に閉じこもることのないよう、個々の能力にあった理学療法・作業療法・言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の日常生活動作能力の向上又は維持することを職務とする。	
看護職員	リハビリテーションに伴って必要な看護を行う。	
介護職員	リハビリテーションに伴って必要な介護を行う。	
事務職員	事業の実施にあたって必要な事務を行う。	

5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (ただし祝日、12月29日午後から翌年1月3日までを除く)
営業時間	午前9時00分から午前11時00分 午後1時00分から午後2時20分 午後3時00分から午後5時00分

6. 提供するサービス内容

通所リハビリ テーション計画	<ul style="list-style-type: none"> 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員にてリハビリテーションの目標や具体的なサービスの内容等について、居宅サービス計画等の内容に沿って通所リハビリテーション計画〔介護予防通所リハビリテーション計画〕を作成するとともに、通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導・説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師により健康管理に努めます。 <p>また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当事業所は、利用者及びその家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>（相談窓口）リハビリテーションセンター科長</p>
送迎	<ul style="list-style-type: none"> 居宅及び施設間の送迎を行います。

7. 利用料

（1）介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割又は2割・3割が自己負担）

ア. 基本料金（以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。）

【要介護】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

基本金額	利用料金
要介護区分	1時間以上2時間未満（通常規模型）
要介護1	402円
要介護2	433円
要介護3	467円
要介護4	499円
要介護5	535円

イ. 加算料金（以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。）

【要介護】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

加算料金	項目内容	利用料金	請求単位
感染症又は災害時の事業継続加算	感染症又は災害を理由に利用者延数が、前年の月平均より5%以上減少したと大阪市へ届出した場合	1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を加算（最長6ヶ月以内）	

リハビリテーション マネジメント加算 別に厚生労働大臣が定める基準に 適合し、届け出た区分による	(イ)	6ヶ月以内	リハビリテーションの会議や実施 計画の策定等を行い、その進捗状 況を定期的に評価し、必要に応じ て計画書を見直すなど、リハビリ に関するマネジメントを行った場 合	610円	1月につき
		6ヶ月超		262円	
	(ロ)	6ヶ月以内		646円	
		6ヶ月超		297円	
	(ハ)	6ヶ月以内		863円	
		6ヶ月超		515円	
医師が利用者等にリハビリ計画を説明して同意を得た 場合			294円		
短期集中個別 リハビリテーション 実施加算	退院後、 認定日後 3ヶ月以内	個別リハビリテーションを集中的に 行う場合	120円	1日につき	
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	6ヶ月以内	生活行為の充実を図る為の目標計画 を策定し計画的なリハビリを行う場 合	1,360円	1月につき	
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算	1週間に2日を 限度として実施	認知症であると医師が判断し、リハ ビリによって生活機能の改善が見込 まれると判断された利用者に3月以 内にリハビリを実施した場合	262円	1日につき	
	1ヶ月に 4回以上実施		2,089円	1月につき	
理学療法士等体制強化加算	「1時間以上2時間未満」で基準を超えた理学療法士 作業療法士、言語聴覚士を配置した場合		33円	1回につき	
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント を行った場合		55円	1月につき	
栄養改善加算	利用者の低栄養状態の改善等を目的として栄養相談等 を行った場合（3月以内で月に2回を限度）		218円	1回につき	
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	6月ごとに利用者の口腔・栄養状態について確認を行い、 利用者の栄養状態に関する情報等を担当する介護支援専門 員に提供した場合		(Ⅰ) 22円 (Ⅱ) 6円	1回につき (6月に1回)	
口腔機能向上加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ	利用者の口腔機能の向上を目的として口腔清掃の指導 等を行った場合（3月以内で月に2回を限度） *ただし口腔機能向上サービスを引き続き行う事が必 要な場合は引き続き算定可能		(Ⅰ) 164円 (Ⅱ) 1169円 (Ⅲ) 174円	1回につき	
科学的介護推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働 省に提出し、計画の見直し時に当該情報を活用した場 合		44円	1月につき	

移行支援加算	前年1年（1月から12月）の期間において、通所リハビリテーションの提供を終了した者が5%を超え、当該終了者に対して14日以降44日以内に居宅訪問や電話にて通所介護等の実施状況を確認記録した場合であって12を利用者の平均利用月数で除して得た数が25%以上の時	13円	1日につき
サービス提供体制強化加算	介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合 或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合	I 24円 II 20円 III 7円	1回につき
退院時共同指導加算	入院中の者が退院するにあたり退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に通所リハビリテーションを行った場合	653円	当該退院につき 1回に限り

ウ. 減算

【要介護】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

減算料金	項目内容	利用料金	請求単位
送迎未実施減算	利用者に対して送迎を行わなかった場合	▲52円	片道につき
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	▲103円	1日につき
業務継続計画未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービスが提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	

ア. 基本料金（以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。）

【要支援】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

基本料金	利用料金	
要介護区分	基本費用	請求単位等
要支援1	2,468円	1ヶ月につき
要支援2	4,600円	(月の途中で区分変更、又はショートステイをご利用の場合には日割り計算に基づいた費用が必要となります。)

イ. 加算料金 (以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。)

【要支援】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

加算料金	項目内容		利用料金	請求単位
口腔機能向上加算 (Ⅰ), (Ⅱ)	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し言語聴覚士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合		(Ⅰ) 164円 又は (Ⅱ) 174円	1月につき (3月以内 月2回まで)
サービス提供体制 強化加算	介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合、或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準の適合した場合		要支援1 96円又は79円 又は27円	1月につき
			要支援2 192円又は 157円又は53円	
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	6ヶ月 以内	生活行為の内容充実を図るための目標を踏まえた計画を策定し、リハビリテーションを計画的に行う場合	612円	1月につき
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	6月ごとに利用者の口腔状態及び栄養状態について確認を行い、利用者の口腔・栄養状態に関する情報等を担当する介護支援専門員に提供した場合		22円 又は6円	1回につき (6月に1回)
一体的サービス提供加算	栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施 栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを月に2回以上設ける場合		523円	1月につき
栄養アセスメント 加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行い、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合		55円	1月につき
栄養改善加算	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合		218円	1月につき
科学的介護推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、計画の見直し時に当該情報を活用した場合		44円	1月につき
退院時共同指導加算	入院中の者が退院するにあたり退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に通所リハビリテーションを行った場合		653円	当該退院に 付き 1回に限り

ウ. 減算

【要支援】

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

減算料金	項目内容	利用料金	請求単位
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	要支援1 ▲409円	1月につき
		要支援2 ▲819円	
予防通所リハ 12月超減算	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合。 *ただし3ヶ月に1回以上のリハビリテーション会議、計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出している等の場合は減算なしとする	要支援1 ▲131円	1月につき
		要支援2 ▲262円	
業務継続計画 未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービスが提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他の費用

送迎費	通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 (1) 実施地域を越えた地点から、片道5キロメートル未満 100円 (2) 実施地域を越えた地点から、片道5キロメートル以上 200円
文書料	各種診断書等 3,300円/通(税込) 上記以外 1,100円/通(税込)
行事費	小旅行や観劇等に参加された場合、入場料等の必要実費費用
材料費	製作や調理などの訓練をされた場合、それに係る材料の必要実費費用

(4) キャンセル料 キャンセルした場合には以下のとおりのキャンセル料をいただきます。

キャンセル日	キャンセル料
前日まで	無料
当日	利用料自己負担部分の50%

(5) 支払方法

毎月15日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を送付します。毎月の利用料は、翌月末日までにゆうちょ銀行の自動引落とし、又はゆうちょ銀行への振込みのいずれかの方法でお支払いください（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください）。

8. 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. 提供した指定通所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。（下記に記す事業者の窓口の通り）
- 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通りとします。
 - ① 苦情又は相談があった場合、必要に応じ状況の聞き取りの為に訪問を実施し、事情の確認を行う。
 - ② センター科長は、担当者に事実関係の確認を行い管理者に報告する。
 - ③ センター科長は、苦情処理委員会で対応を決定する。
 - ④ 利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(2) 苦情申立の窓口

当 事 業 所 相 談 窓 口	窓口担当者	リハビリテーションセンター科長		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時00分		
	ご利用方法	電話06-6704-2982		
	面 接	お気軽に相談ください	ご意見箱	リハビリ受付

市区町村の相談窓口	所 在 地	大阪市中央区船場中央3丁目1番7号-331		
大阪福祉局 高齢者施策部介護保険課 指定指導グループ	電 話 番 号	06-6241-6310		
	F A X	06-6241-6608		
	営 業 時 間	午前9時00分～午後5時30分		

公的団体の相談窓口	所 在 地	大阪市中央区常磐町1丁目3番8号		
大阪府国民健康保険 団体連合会	電 話 番 号	06-6494-5418		
	営 業 時 間	午前9時00分～午後5時00分		

東住吉区の相談窓口	所 在 地	大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号		
東住吉区保健福祉課 福祉・介護保険グループ	電 話 番 号	06-4399-9859		
	F A X	06-6622-9999		
	営 業 時 間	午前9時00分～午後5時00分		

【大阪市東住吉区以外の窓口】（お住まいの区役所が窓口となります）

北 区 ▶電話 06-6313-9859	東淀川区 ▶電話 06-4809-9859
都 島 区 ▶電話 06-6882-9859	東 成 区 ▶電話 06-6977-9859
福 島 区 ▶電話 06-6464-9859	生 野 区 ▶電話 06-6715-9859
此 花 区 ▶電話 06-6466-9859	旭 区 ▶電話 06-6957-9859
中 央 区 ▶電話 06-6267-9859	城 東 区 ▶電話 06-6930-9859
西 区 ▶電話 06-6532-9859	鶴 見 区 ▶電話 06-6915-9859
港 区 ▶電話 06-6576-9859	阿倍野区 ▶電話 06-6622-9859
大 正 区 ▶電話 06-4394-9859	住之江区 ▶電話 06-6682-9859
天王寺区 ▶電話 06-6774-9859	住 吉 区 ▶電話 06-6694-9859
浪 速 区 ▶電話 06-6647-9859	西淀川区 ▶電話 06-6478-9859
平 野 区 ▶電話 06-4302-9859	淀 川 区 ▶電話 06-6308-9859
西 成 区 ▶電話 06-6659-9859	

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の 主治医	医療機関名	
	主治医の氏名	
	所在地	
	電話番号	— —
緊急連絡先	氏名	続柄 ()
	住所	
	連絡先 1	— — (自宅・携帯)
	連絡先 2	(連絡先 1 が繋がらない場合) — — (自宅・携帯・職場) (職場の場合 名称:)

※緊急連絡先に記載されているご家族様には、予め緊急時に連絡があることをお知らせください。

10. 事故発生時の対応及び損害賠償保険への加入

利用者に対する通所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、利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、事故により利用者に損害が発生した場合は、事業所は速やかに利用者の損害を賠償します。なお、当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容 賠償責任保険
- ・補償の概要 被保険者が保険期間中に発生した他人の身体の障害、または財物の滅失、破損もしくは汚損について、法律上の損害賠償責任を補償する。

11. 虐待防止について

当事業所は、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 院長 山本嘉治
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に対する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。

12. 秘密保持と個人情報の保護

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」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて、利用者、又はその代理人の了解を得るものとします。

13. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	無	防火扉	有
	避難階段	無	屋内消火栓	無
	自動火災報知機	有	ガス漏れ探知機	無
	誘導灯	有	緊急地震速報	無
消防計画等	大阪市東住吉消防署への届出日： 平成30年8月16日 防火管理者： 社会福祉法人 事務長			

14. サービス利用にあたっての禁止行為について

当事業所は、利用者又はご家族から従業者に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 従業者に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) 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。
- (3) 従業者の身体及び財物の損傷、又は損壊する行為。

【禁止行為の具体的な例】 (疾病等に起因するものを除く)

暴力又は乱暴な言動

- ・物を投げる
- ・刃物を向ける、服を引っ張る又は引きちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する など

セクシャルハラスメント

- ・従業者の身体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張るなどして抱きしめる
- ・女性のヌード写真を見せる など

その他

- ・従業者の自宅住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

15. 事業所の利用にあたっての留意事項

設備・器具の利用	・事業所内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 ・原則として飲酒はできません。
迷惑行為等	・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理 現金等の管理	・原則、自己の責任のもと管理していただきます。 ・貴重品はできるだけ持ち込まないでください。
外部からの食事の持込	・O-157やノロウィルス等の食中毒を予防する観点から、弁当等の食事を外部から事業所内に持ち込むことはご遠慮ください。
宗教活動・政治活動	・事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
ペット	・事業所内へのペットの持ち込みはお断りします。
体調不良時	・気分が悪くなった時はすみやかに申し出ください。 ・主治医からの指示事項がある場合には申し出ください。 ・感染症予防のため、発熱等の兆候がみられる際は、ご利用をご遠慮いただくことがございます。

〔重要事項説明書署名欄〕

説明日： 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕の提供開始に当たり、(甲1)(甲2)に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号

医療法人 嘉誠会

印

名称

山本医院

説明者 氏名 _____ 印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙から重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(甲2) 利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印

〔利用料支払方法〕

(甲) 私は、次の方法で利用料をお支払いします。

ゆうちょ自動払込み

引落日： 毎月 末日 (再引き落し日は、翌月10日)

ただし、土・日・祝日の場合、翌営業日となります。

振込み

ゆうちょ銀行 記号： 00940-3 番号： 297086

口座名義： 医療法人 嘉誠会 山本医院

支払期日： 利用月 翌月末日まで ※振込手数料は、お客様負担となります。

その他 ()

〔請求書送付先〕

利用者住所

利用者家族住所

その他

その他の場合 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

(立会人)

私は () として、この契約に立ち会いました。

住所 _____

氏名 _____