

## 重要事項説明書

(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）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）居宅サービス事業者の指定並びに指定（介護予防）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の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 指定（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 誠人会                               |
| 代表者氏名                 | 理事長 與田 紘一郎                             |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪府泉南郡岬町多奈川谷川1849番地の11<br>072-495-0801 |
| 法人設立年月日               | 昭和62年12月21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              | 医療法人誠人会 与田病院   |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 2711201513   |
| 事業所所在地             | 大阪府泉南郡岬町多奈川谷川1849番地の11                                   |
| 連絡先<br>相談担当者名      | 電話 072-495-0801<br>玉井則貴 080-2516-0097 伊藤史晃 070-3160-1869 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 岬町、阪南市、和歌山市  |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者の意思及び人格を尊重し、要介護状態の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する。   |
| 運営の方針 | 要介護状態の利用者に、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心身の維持回復を図る。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |  |
|------|--|
| 営業日  | 月～金 第1、3土曜日<br>ただし、国民の祝日、12月30日から1月3日を除く |
| 営業時間 | 午前9時から午後5時                               |

(4) 事業所の職員体制

|     |          |
|-----|----------|
| 管理者 | 院長 與田 武徳 |
|-----|----------|

| 職                 | 職務内容   | 人員数                    |
|-------------------|--|------------------------|
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 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ならびに地域包括支援センター（以下、居宅介護支援事業者等）と連携を図ります。<br>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、指定（介護予防）訪問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。<br>3 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定（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。<br>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。<br>5 入院中の方に対して退院後介入する場合、入院中のリハビリテーション計画を入手し、内容を把握した上で訪問リハビリテーション計画を作成します<br>6 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1名以上<br>作業療法士1名以上 |

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、向上をめざします。 |

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供にあたって、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

| 区分等  | 基本単位 |     | 利用料    | 利用者負担額 |      |      |
|--|------|-----|--------|--------|------|------|
|  |      |     |        | 1割負担   | 2割負担 | 3割負担 |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による<br>訪問リハビリテーション<br>(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度) | 介護   | 308 | 3,181円 | 319円   | 637円 | 955円 |
|  | 予防   | 298 | 3,078円 | 308円   | 616円 | 924円 |

- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一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同一の建物に20人以上居住する建物に居住する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、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記金額の85/100となります。
- ※ 当該事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位（利用料：516円、1割負担：52円、2割負担：104円、3割負担：155円）を減算します。ただし、入院中にリハビリが提供されており、その医療機関から情報提供されている場合、退院後1か月間は減算となりません。
- ※ 介護予防訪問リハビリテーションを開始した日から12か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、1回につき30単位減算します。ただし、3か月に1回リハビリテーション会議を開催し、当事業所における訪問リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出した場合は減算となりません。
- ※ 主治の医師から、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。
- ※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の99/100となります。
- ※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の99/100となります。（令和7年3月31日までは経過措置が有り、未作成の場合でも減算対象にはなりません）

#### (4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算                        | 基本単位 | 利用料    | 利用者負担額 |        |        | 算定回数等 |
|---------------------------|------|--------|--------|--------|--------|-------|
|                           |      |        | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |       |
| 短期集中リハビリテーション実施加算         | 200  | 2,066円 | 207円   | 414円   | 620円   | 1日につき |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算(要介護のみ) | 240  | 2,479円 | 248円   | 496円   | 744円   |       |
| サービス提供体制強化加算(I)           | 6    | 61円    | 7円     | 13円    | 19円    | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算(II)          | 3    | 30円    | 3円     | 6円     | 9円     |       |
| 退院時共同指導加算                 | 600  | 6,198円 | 620円   | 1,240円 | 1,860円 | 1回のみ  |

※短期集中リハビリテーション実施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)日または要介護認定を受けた日から起算して3か月以内の期間に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。

※認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症であると医師が判断した者で、生活機能の改善が見込まれる者である場合に加算します。

退院又は訪問開始日から3か月以内、週2回を限度として算定します。ただし、短期集中リハビリテーション加算と同時算定はできません。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※退院時共同指導加算は、退院前カンファレンスに参加し入院先の医師や理学療法士等と情報共有を行い在宅での必要な指導を共同で行い計画に反映させた場合、退院後につき1回600単位を算定します。

※地域区別の単価(6級地 10.33円)を含んでいます。

※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等の支給(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、通常の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。<br>なお、自動車を使用した場合は<br>通常の実施地域を超えた地点から5キロメートル未満 500円<br>通常の実地地域を超えた地点から5キロメートル以上 1,000円 |                            |
| ② キャンセル料                                   | 利用予定の前営業日17時まで  | キャンセル料は不要です                |
|  | 前営業日の17時までに連絡がなかった場合  | 介護保険にて定める料金の50%をお支払いいただきます |
| ※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。 |   |                            |

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日までに請求します。</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、請求月の月末までに、別途指定の方法でお支払い下さい。</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、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3ヵ月以上遅延し、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場合があります。

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 楠根 健司         |
|  | イ 連絡先電話番号 072-495-0801  |
|  | 同ファックス番号 072-495-0805   |
|  | ウ 受付日及び受付時間 月～金 9時から17時 |

※ 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。

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、居宅介護支援等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いますが、実際の提供は、利用者の心身の状況や意向に配慮を行います。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|             |             |
|-------------|-------------|
| 虐待防止に関する担当者 | 理学療法士 伊藤 史晃 |
|-------------|-------------|

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催（年に1回以上）し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 9 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下①～③の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体拘束等を行うことがあります。その場合は、様態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。

②非代替性……身体拘束以外に、代替する介護方法がない場合。

③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば直ちに身体拘束等を解く場合。

(1) 身体拘束を行う場合の手続きについて

当事業所では「身体拘束適正化検討委員会」を設置しています。

当該委員会は、身体拘束等のための対策を検討する委員会を定期的開催（1年に1回以上）し、身体拘束等の実施の有無、経過報告、改善等を検討・決定し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

①身体拘束の実施には、留意事項①②③を踏まえて、実施する時間・期間・改善方法を含め、あらかじめ利用者又はその家族に説明し同意を頂きます。

②「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。

③身体拘束の解除（改善方法）、期間の見直し等について、委員会で検討し、その結果等を利用者様又はその家族に説明して同意を頂き、直ちに身体拘束を解除します。

※身体拘束等の必要性について、ご家族様の要望だけでは実施しません。

(2) 身体拘束等の廃止のための担当者を選任しています。

(3) 従業者に対して、身体拘束等廃止にするための定期的な研修を行っていきます。

#### 10 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、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」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又は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、利用者又は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 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|                   |   |
|-------------------|---|
| <p>【家族等緊急連絡先】</p> | <p>氏 名 続柄<br/>住 所<br/>連絡先</p>                             |
| <p>【主治医】</p>      | <p>医療機関名 医療法人誠人会与田病院<br/>氏 名<br/>電 話 番 号 072-495-0801</p> |

## 1 2 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。

|  |   |
|--|---|
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>岬町 しあわせ創造部 高齢福祉課 | 所在地 泉南郡岬町深日2000-1<br>電話番号 072-492-2703<br>受付時間 午前9時から午後5時 |
| <b>【居宅支援事業所等の窓口】</b>                     | 事業所名<br>所在地<br>電話番号<br>担当介護支援専門員                          |

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 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名   | 賠償責任保険       |

## 1 3 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。

## 1 4 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あたっては、居宅介護支援事業者等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 5 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供にあたり、居宅介護支援事業者等及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、重要事項説明に基づき作成する「訪問リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者等に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者等に送付します。

## 1 6 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。

## 17 衛生管理等

- (1) 指定(介護予防)訪問リハビリテーション職員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) 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) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修・訓練を定期的実施します。

## 18 業務継続計画の策定等について

- (1) 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(介護予防)訪問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(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。
- (2) 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します。
- (3) 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。

## 19 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)

| 曜日                       | 訪問時間帯 | サービス内容 | 介護保険<br>適用の有無 | 利用料 | 利用者負担額 |
|--------------------------|-------|--------|---------------|-----|--------|
| 月                        |       | 訪問リハビリ | 有             | 円   | 円      |
| 火                        |       |        |               | 円   | 円      |
| 水                        |       |        |               | 円   | 円      |
| 木                        |       |        |               | 円   | 円      |
| 金                        |       |        |               | 円   | 円      |
| 土                        |       |        |               | 円   | 円      |
| 1週当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額 |       |        |               | 円   | 円      |

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。

### (2) その他の費用

|         |                     |       |     |
|---------|---------------------|-------|-----|
| ①交通費の有無 | 無 ・ 有               | 有りの場合 | 円/回 |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書4-②記載のとおりです。 |       |     |

## 20 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。（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、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
  - 特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。
  - 相談担当者は、把握した状況について検討を行い、時下の対応を決定する
  - 対応状況に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する）

### 苦情申立の窓口

|   |   |
|---|---|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>医療法人誠人会 与田病院 訪問リハビリ<br>理学療法士 伊藤 史晃 | 所在地 泉南郡岬町多奈川谷川 1849-11<br>電話番号 072-495-0801<br>受付時間 午前9時から午後5時        |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>岬町 しあわせ創造部 高齢福祉課              | 所在地 泉南郡岬町深日 2000-1<br>電話番号 072-492-2703<br>受付時間 午前9時から午後5時            |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>阪南市 健康福祉部 介護保険課               | 所在地 阪南市尾崎町 35-1<br>電話番号 072-489-4524<br>受付時間 午前9時から午後5時               |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>和歌山市 健康局 保健医療部 指導監査課          | 所在地 和歌山市七番町 23番地<br>電話番号 073-435-1319<br>受付時間 午前9時から午後5時15分           |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会                    | 所在地 大阪市中央区常盤町 1丁目 3-8<br>電話番号 06-6949-5418<br>受付時間 9:00~17:00（土日祝は休み） |

## 21 その他運営に関する重要事項

### （ハラスメント）

事業所は、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観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの等により、（介護予防）訪問リハビリテーション職員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じています。

2.2 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、「大阪府指定（介護予防）居宅サービス事業者の指定並びに指定（介護予防）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」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   | 泉南郡岬町多奈川谷川1849-11        |
|     | 法人名   | 医療法人 誠人会                 |
|     | 代表者名  | 理事長 與田 紘一郎               |
|     | 事業所名  | 医療法人誠人会 与田病院 訪問リハビリテーション |
|     | 説明者氏名 |                          |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

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

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

令和6年11月16日 作成