

## 重要事項説明書(指定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頂きたい内容を説明します。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116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、ご注意頂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   | 社会医療法人 ONE FLAG                   |
| 代表者氏名   | 理事長 牧 恭彦                          |
| 所在地     | 大阪市旭区新森7丁目10-28                   |
| 連絡先     | TEL:06-6953-0190 FAX:06-6958-2630 |
| 法人設立年月日 | 昭和 55 年 1 月 29 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       | 牧リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション門真  |
| 介護保険指定事業所番号 | 2712603303  |
| 所在地         | 大阪府門真市三ツ島3丁目6番34号   |
| 連絡先         | TEL:072-887-0010 FAX:072-887-0268   |
| 通常の事業の実施地域  | 門真市、守口市(東町、藤田町、大久保町、金田町、梶町、大日東町、佐太東町、佐太中町、大日町、大日東町、八雲東町、橋波西之町、橋波東之町、菊水通、東郷通、南寺方東通、南寺方南通)大東市(赤井、曙町、諸福、新田西町、新田中町、新田本町、新田北町、新田境町、新田旭町、幸町、御領、北新町、南郷町、大東町、野崎、水野、三箇、深野、深野北1、津の辺町、北楠の里、南楠の里町、三住町、緑が丘、浜町、住道、末広町、川中新町、新町、栄和町、扇町、朋来、大野、太子田、寺川、三洋町、灰塚)東大阪市(北鴻池町、西鴻池町、鴻池本町、鴻池元町、鴻池町、中鴻池町、南鴻池町、新鴻池町、新庄、加納)、大阪市鶴見区(焼野、茨田大宮、安田、中茶屋、浜、諸口) |

#### (2)事業の目的及び運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者に対して、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。  |
| 運営の方針 | ①要支援状態の利用者に、可能な限り利用者の居宅において、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、言語聴覚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、要支援者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指す。<br>②利用者の要介護状態となることの予防又は悪化を防止するためリハビリテーションの目標を設定し、計画的に行う。<br>③利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った事業の実施に努める。<br>④事業の実施にあたり、市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、その他保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。<br>⑤「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、設備及び運営に関する基準を定める条例」(平成24年大阪府条例第116号)に定める内容を遵守し、事業を実施する。 |

(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               |
| 営業時間 | 8時30分～17時00分          |
| 休業日  | 日曜日、年末年始(12月30日～1月3日) |

(4)事業所の職員体制

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 管理者 | 牧りハビリテーション病院 院長 泰永 募(医師) |
|-----|--------------------------|

|                   | 職務内容   | 人員数   |
|-------------------|--|---|
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | <p>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る。</p> <p>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する。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する。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、利用者の同意を得る。作成した計画は利用者に交付する。</p> <p>③介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、サービスを提供する。</p> <p>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する。</p> <p>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する。</p> | 理学療法士： 名<br>(専従 名、兼務 名)<br><br>作業療法士： 名<br>(専従 名、兼務 名)<br><br>言語聴覚士： 名<br>(専従 名、兼務 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 | 要支援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利用者の居宅において理学療法、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うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図る。 |

(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

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

| 基本報酬                            |     | 算定回数等  | 利用料               | 利用者自己負担      |                |                | 備考   |
|---------------------------------|-----|--------|-------------------|--------------|----------------|----------------|--|
| 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 |     | 20分あたり | 3,228円<br>(298単位) | 323円<br>(1割) | 646円<br>(2割)   | 969円<br>(3割)   | 原則、一週間に120分を限度とする  |
| 加算                              |     | 算定回数等  | 利用料               | 利用者自己負担      |                |                | 備考   |
| サービス提供体制強化加算                    | (Ⅰ) | 20分あたり | 64円<br>(6単位)      | 7円<br>(1割)   | 13円<br>(2割)    | 20円<br>(3割)    | 勤続7年以上の者が1名以上いる場合  |
|                                 | (Ⅱ) |        | 33円<br>(3単位)      | 4円<br>(1割)   | 7円<br>(2割)     | 10円<br>(3割)    | 勤続3年以上の者が1名以上いる場合  |
| 短期集中リハビリテーション実施加算               |     | 1日あたり  | 2,166円<br>(200単位) | 217円<br>(1割) | 434円<br>(2割)   | 650円<br>(3割)   | 退院・退所日または要支援認定の効力発生日から起算して3ヶ月以内に一週間に2日以上、かつ一日20分以上リハビリテーションを実施した場合   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算            |     | 1日あたり  | 2,600円<br>(240単位) | 260円<br>(1割) | 520円<br>(2割)   | 780円<br>(3割)   | 医師によって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症者に対し、退院・退所日から3ヶ月以内に集中的にリハビリテーションを実施した場合  |
| 口腔連携強化加算                        |     | 1回あたり  | 542円<br>(50単位)    | 55円<br>(1割)  | 109円<br>(2割)   | 163円<br>(3割)   | 口腔の健康状態の評価を行い、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合(月に1回が限度)   |
| 退院時共同指導加算                       |     | 1回あたり  | 6,498円<br>(600単位) | 650円<br>(1割) | 1,300円<br>(2割) | 1,950円<br>(3割) | 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行った後に、当該者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った場合 |
| 長期利用減算                          |     | 20分あたり | -326円<br>(-30単位)  | -33円<br>(1割) | -65円<br>(2割)   | -98円<br>(3割)   | 利用開始から1年経過した場合<br>但し、リハビリテーション会議を3ヶ月に1回実施している場合は除く   |

※ここに記載した金額は概算のものです。実際のお支払い額と若干異なる場合があります。

・利用開始より12ヶ月を経過した場合は、12月減算を行わない為、3ヶ月に1度、リハビリテーション会議を実施します。

4.その他の費用について

|              |   |
|--------------|---|
| ①交通費         | かかりません。   |
| ②キャンセル料      | かかりません。   |
| ③診療情報提供書の作成料 | 3ヶ月に1回の頻度で主治医から当院宛に診療情報提供書を作成して頂く必要があり、その書類作成料(医療保険1割負担の場合は250円)を、別途かかりつけ医にお支払い頂きます。                              |
| ④リハビリ指示医の診察料 | 3ヶ月に1回の頻度(心身状態により変動します)で、当事業所の医師がリハビリテーション計画を作成するため診療を行う必要があり、その診療料(医療保険1割負担の場合で初診時は300円・再診時は130円)を別途当院にお支払い頂きます。 |

## 5.お支払い方法について

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| ①現金にてお支払い  | 訪問時にお支払いください。お釣りのないようお願い致します。     |
| ②振込みにてお支払い   | 事業者指定の口座にお振込みください。手数料は利用者負担になります。 |
| 毎月10日過ぎに前月利用分の請求をさせていただきます。領収書は再発行できませんので紛失しないようご注意ください。                                       |                                   |
| お支払いについて、正当な理由なく支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いがない場合は、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頂くことがあります。 |                                   |

## 6.担当する職員の変更を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、右の相談担当者までご連絡ください。 | 相談担当者 | 濱野 慎悟(言語聴覚士)・松田 那帆(作業療法士)         |
|   | 連絡先   | TEL:072-887-0010 FAX:072-887-0268 |
|   | 受付日時  | 8時30分～17時00分(休業日を除く)              |

※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者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。
- (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。

## 8.虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・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) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

|                 |
|-----------------|
| 虐待防止に関する担当者・責任者 |
|-----------------|

|                           |
|---------------------------|
| 濱野 慎悟(言語聴覚士)・松田 那帆(作業療法士) |
|---------------------------|

- (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し、その結果について従業者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。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(現に擁護している家族・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。

## 10.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、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。

## 11.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 | 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扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取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。  |
| ②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。                        |
|                         | 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)。 |

## 12.事故発生時の対応方法について

- (1)利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションに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。但し、事業者側に故意・過失がない場合はこの限りではありません。
- (2)当該事故発生につき利用者側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。
- (3)事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。
  - ・全国訪問看護事業協会居宅サービス事業者賠償責任保険
  - ・医師賠償責任保険

## 13.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。

## 14.サービス提供の記録

サービス提供日、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、サービス提供日から5年間保存します。

## 15.提供するサービスの第三者評価の実施状況

|           |  |
|-----------|--|
| 実施の有無     | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 実施日       | 年 月 日                                  |
| 評価機関の名称   |  |
| 評価結果の開示状況 |  |

## 16.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。
- (3)事業所において感染症の予防及びまん延防止のため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防止のための対策を検討する委員会を概ね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及び訓練を定期的を実施します。

**17.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を実施します。
- (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。

**18.ハラスメントについて**

- (1) 事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者およびその家族が事業所の職員に対して下記のような行為があると判断した場合、サービスの提供を停止させて頂く場合があります。
  - ①叩く、つねる、蹴る、物を投げつける等の身体的暴力行為。
  - ②怒鳴る、威圧的な態度での言動、嫌がらせをする、理不尽・過大なサービスを要求する等の精神的暴力行為。
  - ③性的な話をする、必要もなく手を触る、抱きつく等のセクシュアルハラスメント行為。
  - ④事業所に対して長時間の電話をする、職員の個人情報を求める等、その他迷惑行為。

**19.サービス内容の見積もりについて**

| 訪問時間         | サービス提供体制強化加算 | 短期集中リハビリテーション加算 |
|--------------|--------------|-----------------|
| 曜日 時 分 ~ 時 分 | ( I ・ II )   | ( 有 ・ 無 )       |
| 曜日 時 分 ~ 時 分 | ( I ・ II )   | ( 有 ・ 無 )       |
| 曜日 時 分 ~ 時 分 | ( I ・ II )   | ( 有 ・ 無 )       |

**【お支払額の目安】**

1ヶ月あたり：1ヶ月に \_\_\_\_\_ 日のご利用として、『約 \_\_\_\_\_ 円』となります。

※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変更などにより変わります。

**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
  - ①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下記の通り設置します。
  - ②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。
    - ・相談又は苦情があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するために、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。
    - ・管理者は関係職員に事実関係の確認を行う。
    - ・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。
    - ・相談担当者が必要と判断した場合には、事業所内で検討会議を行う。
    - ・対応内容に基づき、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)。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】

|  |       |               |
|--|-------|---------------|
| 牧リハビリテーション病院<br>訪問リハビリテーション門真<br>担当者: 濱野 慎悟(言語聴覚士)<br>松田 那帆(作業療法士) | 所在地   | 門真市三ツ島3丁目6-34 |
|  | 電話番号  | 072-887-0010  |
|  | FAX番号 | 072-887-0268  |
|  | 受付時間  | 8時30分～17時00分  |

【市町村の窓口】

|                                 |      |                             |
|---------------------------------|------|-----------------------------|
| 門真市役所<br>福祉推進部 高齢福祉課(介護保険)      | 所在地  | 門真市中町1-1                    |
|                                 | 電話番号 | 06-6902-6301                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |
| 守口市役所<br>健康福祉部 高齢介護課            | 所在地  | 守口市京阪本通2-5-5                |
|                                 | 電話番号 | 06-6992-1613                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |
| 大東市役所<br>健康福祉部 介護医療課            | 所在地  | 大東市谷川1丁目1-1                 |
|                                 | 電話番号 | 072-870-0475                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |
| 東大阪市役所<br>健康福祉局 福祉部 高齢介護室 高齢介護課 | 所在地  | 東大阪市荒本北一丁目1番1号              |
|                                 | 電話番号 | 06-4309-3185                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |
| 鶴見区保健福祉センター<br>保健福祉課(介護保険)      | 所在地  | 大阪市鶴見区横堤5-4-19              |
|                                 | 電話番号 | 06-6915-9859                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |
| 寝屋川市役所<br>福祉部 高齢介護室             | 所在地  | 寝屋川市池田西町24番5号(池の里市民交流センター内) |
|                                 | 電話番号 | 072-838-0372                |
|                                 | 受付時間 | 9時00分～17時30分                |

【公共団体の窓口】

|                         |      |                 |
|-------------------------|------|-----------------|
| 大阪府国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 所在地  | 大阪市中央区常盤町1丁目3-8 |
|                         | 電話番号 | 06-6949-5244    |
|                         | 受付時間 | 9時00分～17時00分    |

**21. サービス利用にあたっての確認事項**

- (1) 外来通院でのリハビリテーションまたは医療保険を利用した訪問リハビリテーションとの併用はできません。
- (2) 訪問時にリハビリテーションの予定表にスタッフがサインを記入します。当月最終利用日に利用者または代理人がその月の訪問回数をご確認の上、サインをお願いします。
- (3) 訪問するスタッフは基本的に担当制としますが、他のスタッフが訪問する場合があります。
- (4) 訪問時間は遅れないよう配慮しますが、5～10分程度前後する場合があります。
- (5) 天候不良・通行規制・交通渋滞・事故等の時は訪問を中止させて頂く場合があります(その際は必ずご連絡いたします)。
- (6) 利用者・ご家族等の都合でリハビリテーションを休まれるときは事前にご連絡ください。
- (7) 実習生が同行する場合があります。

|   |
|---|
| ●各種書類へのサインは _____ 様に依頼します。                  |
| ●訪問リハ費お支払方法は(現金払い・振り込み)とし、_____ 様より頂きます。    |
| ●事業所医師診療費お支払方法は(現金払い・振り込み)とし、_____ 様より頂きます。 |
| ●鍵の預かりは(必要・不要)です。                           |

## 22.緊急連絡先

### (1)利用者家族・関係者

|      |    |      |  |
|------|----|------|--|
| 氏名   | 続柄 |      |  |
| 住所   |    |      |  |
| 電話番号 |    | 携帯電話 |  |

### (2)主治医

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| 医師名   |  | 電話番号 |  |
| 医療機関名 |  |      |  |
| 所在地   |  |      |  |

### (3)居宅介護支援事業所

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 担当者  |  | 電話番号 |  |
| 事業所名 |  |      |  |
| 所在地  |  |      |  |

## 23.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、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年大阪府条例第116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   | 大阪市旭区新森7丁目10-28            |   |
|     | 法人名   | 社会医療法人 ONE FLAG            |   |
|     | 代表者名  | 理事長 牧 恭彦                   | 印 |
|     | 事業所名  | 牧リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション門真 |   |
|     | 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

|                    |  |    |  |
|--------------------|--|----|--|
| 氏名                 |  |    |  |
| 住所                 |  |    |  |
| 代筆者氏名<br>(※代筆した場合) |  | 続柄 |  |

#### ◆代理人

|    |    |  |  |
|----|----|--|--|
| 氏名 | 続柄 |  |  |
| 住所 |    |  |  |