

通所リハビリテーションサービス 重要事項説明書

あなたに対する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119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 アエバ会
主たる事務所の所在地	大阪市生野区勝山南4丁目6番5号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 草野 孝一郎
電話番号	06-6715-0771
ファクシミリ番号	06-6717-4017

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	老人保健施設 すこやか生野
事業所の種類・指定番号	介護老人保健施設 2752280038
所在地	大阪市生野区勝山北4丁目1番8号
電話番号	06-6717-8002
ファクシミリ番号	06-6717-8072
管理者の氏名	浅田 章
サービス提供地域	生野区・天王寺区・東成区・平野区

3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上6階
延べ床面積	2, 110. 73m ²
利用定員	43名
居室の概要	従来型個室（3室） 多床室（12室）
施設共用部の概要	食堂・浴室

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所は、要介護状態・要支援状態と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	当事業所は、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において自立した生活が可能な限りそ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住宅ケアの支援に努める。

5. ご利用事業所の職員体制

職種	員数	業務内容
管理者（医師）	1名	事業所の業務を統括 利用者の診察及び保健衛生の管理指導
理学療法士・作業療法士 又は言語聴覚士	3名以上	利用者の機能回復、機能維持に必要なリハビリの実施
介護・看護職員	6名以上	利用者の日常生活の介護・看護、相談及び援助の業務

6. 営業時間

営業日	祝祭日・年末年始を除く、月曜日から土曜日までの6日間
営業時間	単位1 午前9時30分～午後4時30分
	単位2 午前9時10分～午後12時20分
	単位3 午後1時30分～午後4時40分

7. 通常の事業の実施地域

大阪市生野区、天王寺区、東成区、平野区の区域とする。

8. 通所リハビリテーションについて

（1）介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用者の介護保険被保険者証を確認させて頂きます。

（2）通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るためサービスを提供します。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・保証人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

（3）提供するサービス内容

- ①医師、理学療法士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画に基づいて行われる理学療法その他の必要なリハビリテーションを行う。
- ②通所リハビリテーション計画に基づき、入浴介助を実施する。
- ③通所リハビリテーション計画に基づき、食事を提供する。
- ④通所リハビリテーション計画に基づき、居宅及び施設間の送迎を実施する。
- ⑤通所リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションマネジメントを実施する。
- ⑥通所リハビリテーション計画に基づき、短期集中リハビリテーションを実施する。

9. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（負担割合に応じた負担）
 - (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
 - (3) その他の費用
- があります。

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（非課税）

- ① 通所リハビリテーション

	3時間以上4時間未満
要介護1	529 円
要介護2	615 円
要介護3	700 円
要介護4	809 円
要介護5	916 円

《その他の加算料金》

・リハビリテーション提供体制加算 1	13 円／日
・リハビリテーションマネジメント加算 1 1 同意日の属する月から 6 月以内	610 円／月
1 2 同意日の属する月から 6 月超	262 円／月
・リハビリテーションマネジメント加算 2 1 同意日の属する月から 6 月以内	646 円／月
2 2 同意日の属する月から 6 月超	297 円／月
・リハビリテーションマネジメント加算 3 1 同意日の属する月から 6 月以内	863 円／月
3 2 同意日の属する月から 6 月超	515 円／月
・リハビリテーションマネジメント加算 4 医師が説明し、同意を得た場合	294 円／月
・中重度者ケア体制加算	22 円／日
・科学的介護推進体制加算	44 円／月
・移行支援加算	13 円／日
・サービス提供体制強化加算（I）	24 円／日
・短期集中個別リハビリテーション実施加算 退院・退所後 3 ヶ月間	120 円／日
・生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始から 6 ヶ月以内	1,360 円／月
・介護職員等処遇改善加算（I） 所定単位数の 86/1000	
・送迎を行わない場合 片道つき -52 円／回	
・退院時共同指導加算	653 円／回
・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	262 円／日
・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）	2,089 円／月
・若年性認知症利用者受入加算	66 円／日
・栄養改善加算（月 2 回限度）	218 円／回
・栄養アセスメント加算	55 円／月
・口腔・栄養スクリーニング加算（I）（6 月に 1 回）	22 円／回
・口腔・栄養スクリーニング加算（II）（6 月に 1 回）	6 円／回
・口腔機能向上加算（I）（月 2 回限度）	164 円／回
・口腔機能向上加算（II）1（月 2 回限度）	169 円／回
・口腔機能向上加算（II）2（月 2 回限度）	174 円／回
・重度療養管理加算	109 円／日
・入浴介助加算（I）	44 円／日
・入浴介助加算（II）	66 円／日

② 介護予防通所リハビリテーション

※ 1割負担の方の場合

	3時間以上 4時間未満
要支援1	2,468円／月
要支援2	4,600円／月

※利用開始日が属する月から起算して12月超えた期間

要支援1 -131円／月

要支援2 -262円／月

《その他の加算料金》

・生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始から6ヶ月以内	612円／月
・科学的介護推進体制加算		44円／月
・サービス提供体制強化加算（I）要支援1		96円／月
（II）要支援2		192円／月
・介護職員待遇改善加算（I）	所定単位数の86/1000	
・栄養アセスメント加算		55円／月
・栄養改善加算		218円／月
・口腔・栄養スクリーニング加算（I）（6月に1回）		22円／回
・口腔・栄養スクリーニング加算（II）（6月に1回）		6円／回
・口腔機能向上加算（I）		164円／回
・口腔機能向上加算（II）		174円／回
・一体的サービス提供加算		523円／月
・若年性認知症利用者受入加算		262円／月
・退院時共同指導加算		653円／回

（※）介護保険負担割合2割の方はその割合に応じた金額になります。

（2）介護保険の適用を受けないサービス（非課税）

介護保険の支給限度額を超えるサービス

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（消費税込み）

① 食費（昼食代）	618円／日
② 食費（ドリンク代）	220円／日
③ 日用品費	155円／日
④ 教養娯楽費	155円／日
⑤ おむつ代	実費

10. 虐待防止に関する事項

（1）事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

（2）事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとします。

1 1. 身体拘束等の原則禁止

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由を診療録等に記載することとします。

1 2. 非常災害対策

災害時の対応	別途定める「老人保健施設 すこやか生野消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「老人保健施設 すこやか生野消防計画」に則り年2回、夜間及び昼夜を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー…有 避難階段…有 自動火災報知機…有 誘導等…有 ガス漏れ報知器…有 防火扉・シャッター…有 屋内消火栓…有 非常通報装置…有 漏電火災報知器…有 非常用電源…有 カーテン、布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。
消防計画等	生野消防署への届出日 令和6年11月1日 防火管理者 青木 竜太郎

1 3. 苦情申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございました下記窓口までお気軽にご相談下さい。また、ロビーに備えつけられた「ご意見箱」をご利用になり、管理者に直接お申し出頂くこともできます。(詳細は別紙「利用者からの苦情を処理するための措置の概要」を御参照下さい。)

【事業者の窓口】 老人保健施設 すこやか生野	所 在 地：大阪市生野区勝山北4丁目1番8号 電話番号：06-6717-8002 ファックス番号：06-6717-8072 受付時間：午前9時から午後5時まで
【区役所（保険者）の窓口】 大阪市生野区役所 (保健福祉課介護保険グループ)	所 在 地：大阪市生野区勝山南3丁目1番19号 電話番号：06-6715-9859 ファックス番号：06-6715-9967 受付時間：午前9時から午後5時30分まで

<p>【市役所の窓口】 大阪市福祉局高齢施策部介護保険課 (指定・指導グループ)</p>	<p>所在地：大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 電話番号：06-6241-6310 ファックス番号：06-6241-6608 受付時間：午前9時から午後5時30分まで</p>
<p>【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 (介護保険室介護保険課)</p>	<p>所在地：大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内5階 電話番号：06-6949-5418 ファックス番号：06-6949-5417 受付時間：午前9時から午後5時まで</p>

1.4. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又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	<p>氏名 所属医療機関の名称 所在地 電話番号</p>	
協力医療機関	<p>医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科</p>	<p>医療法人アエバ会 アエバ外科病院 草野 孝文 大阪市生野区勝山南4-6-5 06-6715-0771 整形外科、外科、脳神経外科</p>
協力医療機関	<p>医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科</p>	<p>医療法人育和会 育和会記念病院 吉村 隆喜 大阪市生野区巽北3丁目20番29号 06-6758-8000 内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・消化器外科・糖尿病内科・皮膚科・アレルギー科・リウマチ科・外科・泌尿器科・肛門外科・脳神経内科・脳神経外科・整形外科・形成外科・婦人科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・臨床検査科・救急科</p>
緊急連絡先①	<p>氏名 住所 電話番号 同意署名</p>	
緊急連絡先②	<p>氏名 住所 電話番号 同意署名</p>	

※上記連絡先（氏名・住所・電話番号）は、同意署名をもって、使用同意を得たこととする。

事 業 者	所在 地	大阪市生野区勝山南 4 丁目 6 番 5 号
	法 人 名	医療法人 アエバ会
	代表 者 名	理事長 草野孝一郎 印
	事 業 所 名	老人保健施設 すこやか生野
	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	印

代 理 人	住 所	
	氏 名	印

事業所または施設名	医療法人アエバ会 老人保健施設 すこやか生野
サービスの種類	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

措置の概要

- 利用者からの相談または苦情等に対応する常設窓口(連絡先)、担当者の設置・相談苦情に
対しては常設窓口を設置し相談担当を設置している。また相談記録を作成し担当者が不在で
も対処できるような体制を確保している。

※施設常設窓口 (電話番号) 06-6717-8002(代表) 06-6717-8003(直通)
(F A X) 06-6717-8072(代表) 06-6727-8004(直通)

担当者 相談担当 豊田 裕之

※行政窓口：大阪府国民健康保険団体連合会(介護保険室介護保険課)

(電話番号) 06-6949-5418

生野区役所(保健福祉課介護保険グループ)

(電話番号) 06-6715-9859

大阪市福祉局高齢施策部介護保険課(指定・指導グループ)

(電話番号) 06-6241-6310

- 円滑かつ、迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- 苦情または相談を受けた場合、状況を詳細に把握するために利用者宅を訪問し、事情の
確認を行う。
- 特に事業者に関する苦情は、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を検討し対応を決定する。
- 対応内容に基づき、必要に応じ関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へは必ず対応
方法を含めた結果報告を行う。

- 匿名の苦情への対応を行うための処理体制・手順

- 意見箱・苦情箱等の設置 : 有
- 設置場所・設置箇所数 : 1階フロア及び各療養階フロアの5箇所
- 対応結果の公表 : 有(掲示板で公表)
- 処理体制等 : 苦情処理委員会で再発防止の対応策を協議する。

- その他参考事項

- 当事業所において、処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力に
より適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対応する。

個人情報使用同意書

私（利用者及び保証人）は、老人保健施設すこやか生野に対し、個人情報を必要最小限の範囲内で使用・提供することを下記に記載する内容で同意します。

記

1 使用する目的

- ご利用者に関わる居宅サービス計画ならびに介護サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。
- 担当ケアマネージャーと他の介護サービス事業者との連絡調整に必要となる場合。
- サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等の場合。
- ご利用者が他の医療機関を利用する場合・該当する医療機関との連携をとる場合。
- ご利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。
- 介護保険事務に関する情報提供の場合。（請求関係・保険者からの照会への回答等）
- 事業所における学生への実習の場合。
- 事業所の機関誌やホームページ等作成する場合。（写真等の掲載）
- 損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届け出。

2 使用する期間

令和 年 月 日～

3 使用する条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しません。
また、契約期間外においても第三者には漏らしません。

*「個人情報」とは、利用者個人及びに家族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といいます。

令和 年 月 日

医療法人 アエバ会

老人保健施設 すこやか生野 殿

＜説明者＞

利用者

住所：

氏名

印

利用者保証人

住所：

氏名

印

すこやか生野通所リハビリテーション

送迎における同意書

- 玄関前まで送迎サービスを提供させていただきます。
- 身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- 送迎時間は、事前にお伝えさせていただきます。交通事情等で送迎時間が10分前後する場合がございますので、ご了承願います。
- 体調不良の場合等を除き、準備ができていない際、他の利用者様にご迷惑をかけてしましますので長時間待機することはできません。
ご協力のほどよろしくお願ひいたします。
- 途中乗車、途中下車は、応じられませんので、ご了承願います。
- 自己通所される場合は、ご自宅から施設まで移動される間における事故については責任が負いかねますのでご了承ください。

医療法人 アエバ会
老人保健施設 すこやか生野 殿

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

令和 年 月 日

<説明者>

<利用者>
住所 :

氏名 : _____ 印

<利用者保証人>
住所 :

氏名 : _____ 印