

医療法人 寿山会
介護老人保健施設 ヴァンベール
通所リハビリテーションサービス
重要事項説明書

当施設はご契約に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

当施設は介護保険の指定（許可）を受けております。

指定（許可）事業所番号 大阪府 第2755080047号

あなたに対する通所リハビリテーションサービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令平成11年第37号第8条に基づいて当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 通所リハビリテーションサービスを提供する事業者

事業所の名称・所在地等

事業者名称	医療法人 寿山会
代表者氏名	理事長 熊野 公束
法人本部所在地	大阪府東大阪市岩田町4-2-8 TEL：072-964-1258 FAX：072-965-2836
法人設立年月日	昭和53年3月1日

2. ご利用者に対してのサービス提供を実施する事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール
介護保険許可 事業所番号	大阪府 第2755080047号
事業所所在地	大阪府東大阪市岩田町4丁目2番1号
連絡先 相談担当者名	TEL：072-961-7875 FAX：072-961-7910 通所リハビリテーション相談員 小川 修一
事業所開設日	平成11年1月11日（介護保険法許可日：平成12年4月1日）
利用定員	60名

(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 介護老人保健施設 ヴァンベール」において実施する指定通所リハビリテーションは、その利用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、利用者に施設通所していただくことによって、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ることを目的とします。
運営の方針	「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール」において実施する指定通所リハビリテーションは、上記の目的を達成するための次のことを方針として運営するものとします。 ①利用者が要介護状態となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて、利用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はかるものとします。 ②利用者の意思及び人格を尊重、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 ③事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、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ものとします。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日（左記に該当する祝祭日は営業）とします。 ※ただし年始の期間は休業（年始1/1～1/3）
営 業 時 間	午前8：45から午後5：15までとします。

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日（左記に該当する祝祭日はサービスを提供）とします。 ※ ただし年始の期間はサービスの提供はできません。（年始1/1～1/3）
サービス提供時間	午前9：00から午後4：30までとします。

(5) 通常のサービスの実施地域

通常のサービスの実施地域：東大阪市及び八尾市
※ ただし、東大阪市については、中地区域を中心とする近隣、八尾市については、東大阪市に隣接した地域とします。それ以外の地域にお住まいの方は、支援相談員までご相談ください。

3. 施設の概要

敷 地	2,814.81 m ²	建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 地上4階建
			延床面積	3,503.12 m ²
			利用定員	入所 85名（短期含む） 通所60名
			耐火建築	建築基準法第2条第9号の2の規程に該当

(1)居室

居室の種類	室 数	平均面積	1人あたりの面積	該当部屋番号
特別室	1室	18.91 m ²	18.91 m ²	218
個室	4室	10.53 m ²	10.53 m ²	301、302、303、305
2人部屋	2室	18.34 m ²	9.17 m ²	215、306
4人部屋	19室	36.97 m ²	9.24 m ²	201、202、203、205、206、207、208、 210、211、212、213、216、217、307、 308、310、311、312、313

(2)主な設備

設 備 の 種 類	部 数	総 面 積	備 考
療養室	26室	800.32 m ²	
食堂	2室	203.29 m ²	3F(10名)、4F(75名)
機能訓練室	1室	257.42 m ²	入所 (141.14 m ²)、通所 99.63 m ²
談話室	2室	50.98 m ²	2F、3F
デイルーム	1室	64.37 m ²	3F
通所者用デイルーム	1室	159.93 m ²	1F
一般浴室	2室	90.01 m ²	3F、4F
特殊浴室	1室	33.30 m ²	4F
便所	11室	151.84 m ²	1F、2F、3F、4F
汚物処理室	2室	10.33 m ²	2F、3F
洗濯室	1室	8.32 m ²	4F
サービスステーション	2室	51.56 m ²	2F、3F
レクレーションルーム	1室	33.63 m ²	1F

ボランティア室	1 室	33.58 m ²	4 F
団欒室	1 室	8.60 m ²	3 F
家族介護訓練室	2 室	21.00 m ²	3 F
診察室	1 室	7.92 m ²	1 F
事務室	1 室	27.88 m ²	1 F
相談室	1 室	16.63 m ²	1 F
会議室	1 室	38.14 m ²	1 F

(3)防火設備等

防火設備として、消火器具（消火器、2号消火用散水栓、スプリンクラー等）、排煙扉・排煙窓の設置、防火煙シャッター、防災カーテン、非常避難スロープ等を設置

4. 事業所の職員体制

(1)施設の管理者

施設管理者	施設長（施設医師兼務） 宮本 早知
-------	-------------------

(2)職員の配置状況

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	1. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1 名
専 任 医 師	1. 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 2. それぞれの利用者について、通所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を診療記録に記載します。	常 勤 1 名
理学療法士、 言語聴覚士、 看護職員、 介護職員	1. 医師及び理学療法士、言語聴覚士、その他の従業者は、診療又は運動機能検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2. 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 3. 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、言語聴覚療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 4. 指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。 5. 言語聴覚士が中心となり、口腔機能向上サービスを行います。	常 勤 20 名 非常勤 6 名
管理栄養士	1. 栄養管理、栄養改善サービスを行います。	常 勤 1 名
支援相談員	1. 施設管理者の指示を受け利用者などに相談指導業務を行います。	常 勤 1 名
事務職員	1. 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常 勤 1 名

ただし、必要に応じて加配する場合がある

(3)職員の勤務時間

職 種	勤 務 時 間
施設長（医師）	8：45～17：15
理学療法士 言語聴覚士	8：45～17：15
看護職員	8：45～17：15
介護職員	8：45～17：15
管理栄養士	8：45～17：15
支援相談員	8：45～17：15
事務員	8：45～17：15

5. 提供するサービスの内容について

(1)サービス利用と終了

サービス利用開始については、別紙契約書内容に承諾し、署名頂き、利用された日より開始されます。終了においては、利用者及び扶養者が、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより契約を解除（終了）し、利用中止された日に終了いたします。

※（当施設からの解除項目及び契約終了内容については、別紙契約書内容のとおり）

(2)介護保険被保険者証の提示について

サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証に記載された内容（被保険者資格、要介護の認定の有無及び要介護認定の有効期間等）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施設までお知らせください。

ご利用者が要介護認定を受けておられない場合は、ご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、居宅介護支援がご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、遅くともご利用者が受けておられ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)通所リハビリテーション計画の作成について

居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が作成する居宅サービス計画に基づき、ご利用者お一人お一人に即した通所リハビリテーション計画を作成いたします。また、この通所リハビリテーション計画に基づいた通所リハビリテーションサービスを提供いたします。

この計画は、ご利用者にサービスを提供させていただくあらゆる職種の職員の協働によって作成されますが、その際、ご本人、ご家族のご意向を十分に取り入れた計画の作成を行います。

通所リハビリテーション計画の内容については通所リハビリテーション支援相談員または通所リハビリテーション介護主任より、ご説明させていただき、ご同意を得たのち、交付させていただきます。また、ご利用者の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて通所リハビリテーション計画を変更することができます。

(4)送迎

送迎につきましては運転手と、必要に応じて介助員の2名体制で安全に配慮した自宅と施設間の送迎を行います。

送迎時間についてはその日のご利用状況により変動する場合があります。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車椅子又は歩行介助により送迎を行うことがあります。

また、道路事情等により、予定していた時間より若干早くなったり、遅くなったりする場合もございます。（その際には、事前にお電話でご連絡させていただきます。）

ご利用者並びにご家族の都合による送迎時間のご希望がある方は支援相談員までご相談ください。ただし、その日のご利用者数や送迎車の配車状況等により、ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

(5)日常生活上の支援

①食事の提供について

管理栄養士の立てる献立表により、栄養面とご利用者の身体状況等に配慮した食事をご提供させていただきます。

療養食として、医師から指示のあったご利用者につきましては、カロリー等の制限を行った形態の食事をご提供させていただきます。

(食事時間)

昼食 12:00～13:00

おやつ 15:00～15:30

②入浴

居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が立てる居宅サービス計画（サービス提供票の予定）に基づいた入浴サービスを提供いたします。寝たきり等で一般浴槽での入浴が困難な方には、特殊浴槽（機械浴）を用いての入浴サービスをご提供いたします。

(入浴の時間)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	10:30～12:00				

入浴につきましては、その日のご利用者のお体の状態を考慮し、中止させていただく場合がございます。

③排泄

ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を提供させていただくと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。おむつ等を使用されている方は、原則ご利用者各自でご利用日に必要枚数をご持参ください。ご持参いただいていない場合は、当施設でご提供いたします。（当施設でご提供した場合は、おむつの種類・枚数により別途料金をいただきます。）

④更衣介助

更衣動作において介助が必要なご利用者に対し、上着、下着、その他衣類の着脱に関する介助を行ないます。

⑤整容

個人としての尊厳に配慮し、適切な整容（爪切りや整髪等）が行われるよう援助いたします。

⑥口腔ケア

口腔内の衛生管理に配慮し、毎食後うがいや歯磨き等の口腔内洗浄に関する援助をいたします。入れ歯をご使用の方については入れ歯の洗浄や管理についての援助をいたします。

口腔ケアに関する物品（歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤等）はご利用日にその都度、お持ちください。

⑦移動・移乗介助

移動や移乗に介助が必要なご利用者に対して、フロア内の移動、車椅子、椅子、便座、シャワーチェア等への移乗の介助を行ないます。

⑧服薬介助等

薬の服用や患部の処置等に介助が必要なご利用者に、お持ちいただいた薬の確認や、服薬のお手伝い、服薬の確認、軟膏の塗布や患部の消毒、ガーゼ交換等の処置を行います。

当施設は医療機関を併設しておりますが、通所リハビリテーション利用中に薬や処置物品の処方
は原則として出来ません。サービスご利用中に服用されるお薬や必要な処置がある場合は、必ず、
お薬や処置物品（軟膏やガーゼ等）をお持ちください。

⑨静養

通所リハビリテーションでは原則ご利用時間内はテーブル席にて過ごしていただきますが、急な体調不良や静養のためにお休みいただけるスペースとベッドを備えております。ご利用時は職員へお申し出下さい。

(6)リハビリテーション

理学療法士、言語聴覚士等によるご利用者の身体状況に適合したリハビリテーションを、施設医師の指示の下、身体機能の現状維持の観点から実施いたします。

①日常生活動作を通じた訓練

ご利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。

②レクリエーションを通じた訓練

利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

③器具等を使用した訓練

ご利用者の能力に応じて、理学療法士、言語聴覚士又は看護職員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。

(7)その他

創作活動など、ご利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供いたします。

(8)相談及び援助

ご利用者およびそのご家族からの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。

(相談窓口) 通所リハビリテーション相談員：小川 修一

(9)特別なサービス

①リハビリテーションマネジメント

- ・リハビリテーションに対する計画を作成し、その進捗状況を概ね1ヶ月毎に評価し、必要に応じて計画を見直します。
- ・上記の計画に基づき、理学療法士等がご利用者ごとにリハビリテーションを行います。(ご利用者の状態により、集団的に行われるものが含まれる場合があります。)
- ・必要に応じて居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達(日常生活上の留意点、介護の工夫等)や連携を図ります。

②短期集中個別リハビリテーション

病院又は診療所からの退院若しくは介護保険施設からの退所等又は退所直後のご利用者で、短期(概ね3ヶ月程度の間)集中的にリハビリテーションを実施することが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。

③栄養改善サービス

低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、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、定期的な評価等を行います。
(原則として利用開始から3ヶ月以内まで)

④栄養スクリーニングサービス

利用開始時及び6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、それらの情報を介護支援専門員に文書で共有します。

⑤口腔機能向上サービス

口腔機能の低下している又はその恐れのあるご利用者に対し、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、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3ヶ月以内まで)

6. サービス提供拒否の禁止

正当な理由なく介護保険施設サービスの提供を拒みません。

通所申込者の病状等を勘案し、通所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。

7. ご利用可能な方（ご利用対象者）

当施設通所リハビリテーションサービスをご利用いただける方は介護保険要介護認定において要介護1から要介護5までの認定を受けた方で、保険者（住所地の市町村）に「居宅サービス計画作成依頼書」の届出をされたか、居宅サービス計画の作成を依頼され、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が居宅サービス計画を作成し、すでに居宅サービスを利用されている方で以下の目的をお持ちの方がご利用いただけます。

ご利用者が可能な限り、ご自宅において、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、必要な日常生活上の介護及びリハビリテーション等を行うことにより社会的孤立感の解消や心身機能の維持に対する援助を希望されている方。

また、家族の身体的及び精神的負担の軽減のためにご利用いただくことも可能です。

8. ご利用料金

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。詳しくは利用料金表をご覧ください。(下記の「利用者負担額」は介護保険ご利用時の1割負担額になります。)

(1)短時間サービス

①基本料金（非課税）1回あたり

	1時間以上2時間未満	
基 本	利用料	利用者負担額
要介護1	3,893円	389円
要介護2	4,199円	420円
要介護3	4,526円	453円
要介護4	4,832円	483円
要介護5	5,180円	518円

②加算料金（非課税）

加 算 の 種 類	料 金		算 定 内 容
	利用料	利用者負担額	
理学療法士等体制強化加算	3 1 6 円	3 2 円	理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を常勤かつ専従で2名以上配置した場合に算定

(2)長時間サービス

①基本料金（非課税） 1回あたり

	3時間以上4時間未満		4時間以上5時間未満		5時間以上6時間未満	
基 本	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
要介護1	5, 1 4 8 円	5 1 5 円	5, 8 3 4 円	5 8 3 円	6, 5 6 2 円	6 5 6 円
要介護2	5, 9 6 1 円	5 9 6 円	6, 7 7 3 円	6 7 7 円	7, 7 8 6 円	7 7 9 円
要介護3	6, 7 8 4 円	6 7 8 円	7, 7 0 2 円	7 7 0 円	8, 9 8 9 円	8 9 9 円
要介護4	7, 8 3 9 円	7 8 4 円	8, 9 0 4 円	8 9 0 円	1 0, 4 1 3 円	1, 0 4 1 円
要介護5	8, 8 8 3 円	8 8 8 円	1 0, 0 9 6 円	1, 0 1 0 円	1 1, 8 1 6 円	1, 1 8 2 円
	6時間以上7時間未満		7時間以上8時間未満			
基 本	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額		
要介護1	7, 5 4 3 円	7 5 4 円	8, 0 3 9 円	8 0 4 円		
要介護2	8, 9 6 8 円	8 9 7 円	9, 5 2 7 円	9 5 3 円		
要介護3	1 0, 3 5 0 円	1, 0 3 5 円	1 1, 0 3 5 円	1, 1 0 4 円		
要介護4	1 1, 9 9 5 円	1, 2 0 0 円	1 2, 8 1 8 円	1, 2 8 2 円		
要介護5	1 3, 6 1 0 円	1, 3 6 1 円	1 4, 5 4 8 円	1, 4 5 5 円		

②加算料金（非課税）

加 算 の 種 類	料 金		算 定 内 容
	利用料	利用者負担額	
サービス提供体制加算Ⅰ	2 3 2 円	2 4 円	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上もしくは、勤続10年以上の介護福祉士25%以上の場合
サービス提供体制加算Ⅱ	1 8 9 円	1 9 円	介護職員の総数のうち介護福祉士の職員が50%以上の場合
リハビリテーション 提供体制加算			リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者が対象で、事業所において常時当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合、利用時間に応じて算定
3時間以上4時間未満利用	1 2 6 円	1 3 円	
4時間以上5時間未満利用	1 6 8 円	1 7 円	
5時間以上6時間未満利用	2 1 1 円	2 2 円	
6時間以上7時間未満利用	2 5 3 円	2 6 円	
7時間以上利用	2 9 5 円	3 0 円	

中重度者ケア体制加算	2 1 1 円	2 2 円	中重度者を受け入れ可能な介護・看護職員体制を確保し、前年度の利用者の内要介護 3 以上である者の占める割合が 3 0 % 以上の場合
移行支援加算	1 2 6 円	1 3 円	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し届け出た上で、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合
リハビリテーション マネジメント加算（イ） （月単位）	同意した月から 6 ヶ月以内は 5,908 円 6 ヶ月超は 2,532 円	5 9 1 円 2 5 4 円	リハビリテーション会議を定められた時期に開催し、そこで決定したリハビリテーション計画について、計画策定に関与した療法士がご本人またはご家族に説明・同意を得、医師に報告した場合
リハビリテーション マネジメント加算（ロ） （月単位）	同意した月から 6 ヶ月以内は 6,256 円 6 ヶ月超は 2,880 円	6 2 6 円 2 8 0 円	上記の計画内容等の情報を厚生労働省に提出しリハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他のリハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
リハビリテーション マネジメント加算（ハ） （月単位）	同意した月から 6 ヶ月以内は 8,366 円 6 ヶ月超は 4,990 円	8 3 7 円 4 9 9 円	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件を満たしていること。言語聴覚士、歯科衛生士又は看護勝因がその他の職種と共同して口腔の健康状態を評価し、解決すべき課題の把握を行っていること。また、関係職種が通所リハビリテーション計画の内容や口腔の健康状態及び栄養状態の情報を共有し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、その内容を関係職種に対して情報提供していること。
	上記に加え 2,849 円	2 8 5 円	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	1,160 円	1 1 6 円	退院（所）・認定後から起算して 3 ヶ月以内に個別リハビリテーションを集中的に実施した場合
入浴介助加算（Ⅰ）	4 4 2 円	4 3 円	入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合
入浴介助加算（Ⅱ）	6 3 3 円	6 4 円	医師等が当該利用者の居宅を訪問し、身体状況や浴室環境を考慮し、個別の入浴計画を作成し、入浴介助を行った場合
若年性認知症利用者受入加算	6 3 3 円	6 4 円	若年性認知症のご利用者ごとに個別の担当者を定めて対応させていただいた場合
栄養アセスメント加算	5 2 7 円	5 3 円	利用者ごとに、栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明している。またその栄養情報を厚生労働省に提出し、その情報を活用している場合
栄養改善加算	2,110 円	2 1 0 円	栄養ケア計画を作成し、栄養改善に関するマネジメントを行った場合（原則 3 か月以内・月 2 回限度）

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	2 1 1 円	2 2 円	利用開始時、及び6ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合。(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 2 円	6 円	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報の利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合
退院時共同指導加算	6,330 円	6 3 3 円	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、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、退院時指導を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合(当該退院につき1回限り)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,582 円	1 5 9 円	口腔機能改善管理指導計画を作成し、言語聴覚士等が口腔機能の訓練を行った場合(月2回限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,688 円	1 6 9 円	上記に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスに向け情報を活用している場合(月2回限度)
重度療養管理加算	1,055 円	1 0 6 円	要介護3～5であって、別に厚生労働大臣が定める状態である方に対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを利用された場合 (注)別に厚生労働大臣が定める状態イ～リ イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストマの処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行なわれている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行なわれている状態
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	開始月から 6ヶ月以内 13,187 円	1,319 円	生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえた計画をあらかじめ定め、リハビリテーションを計画的に行い、能力の向上を支援した場合
科学的介護推進体制加算	4 2 2 円	4 3 円	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を少なくとも3月に1回見直し、厚生労働省に提出し、その情報を適切かつ有効に活用している場合

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)… 所定単位数の111/1000(令和8年6月1日から)

(3) その他の費用

①食費、日用品費、教養娯楽費等（非課税）

食 費	共通 750円（昼食代+おやつ代）
日用品費	共通 100円（入浴時の消耗品費用）※短時間サービスを除く
教養娯楽費	共通 130円（レクリエーション費用）※短時間サービスを除く

※日用品費・教養娯楽費は、ご利用のご希望を確認させて頂き、徴収させて頂きます。

食費は当日キャンセルの場合には請求させていただきます。

②おむつ代：1枚あたり（税込価格）

尿取りパット	フラット	テープ式M	テープ式L	リハパンM	リハパンL
44円	55円	198円	210円	220円	232円

※ご利用料についての留意事項

- ① 基本料金は「介護保険被保険者証」に認定結果として記載されております、「要介護認定区分」により算出いたします。よって、「介護保険被保険者証」をご提示いただけない場合はご利用料金の月々のご請求や介護報酬の市町村への請求ができなくなります。「要介護認定」結果の出た、直近の「介護保険被保険者証」を必ず認定結果通知後、2週間以内に事務所受付までご提示下さい。再三の提示のご依頼をさせていただいても、すみやかにご提示いただけない場合は、通所リハビリテーションサービスの継続及び再利用を検討させていただきます。
- ② 請求書は1ヶ月以上ご利用されておられる方や月途中での新規・再利用及び利用中止にかかわらず、月末にて確定し翌月の15日以降に請求書を発行いたします。
- ③ お支払方法は、銀行からの口座振替となります。お申し込み用紙に必要事項をご記入・押印の上ご提出頂きましたら、ひと月半からふた月程度で初回の振替が開始されます。振替開始時には請求書にご案内を添付いたします。それまでの間に限っては現金でのお支払いをお受けいたします。ご利用時に利用料袋にご利用料金を入れお支払いください。
- ④ ご利用料金の口座振替日は、原則として毎月27日といたします。どうしても期限までにお支払いいただけない場合は、必ず電話等で事務所受付までご連絡下さい。また、連絡がなく期間までに支払がお済でない方には、支払月の翌月5日を目処にお電話にてご連絡させていただきます。以後、10日置きにお支払の有無を確認し、電話連絡させていただきます。
- ⑤ ご利用料金のお支払を2ヶ月滞納された方に対して、書類にてお支払の督促をさせていただきます。また、ご契約の居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員に連絡いたします。督促をさせていただいたにもかかわらず、督促日から30日以内にお支払いいただけない時には、法的手段を取らせていただく場合もございます。特にご注意下さい。（利用契約書第16条第2項一に規定しております。）
- ⑥ 各種加算・減算に関しましては、詳しくは支援相談員や事務担当職員にお尋ね下さい。
- ⑦ その他、通所リハビリテーションのご利用期間内に創作レクリエーション等が行われる場合、材料費等ご利用料金とは別に料金をいただくことがございます。別途料金の発生に関しては事前に文書でお知らせいたしますので、原則ご利用料金の支払い時に併せてお支払下さい。
- ⑧ ご利用料金お支払後、翌月半ばを目処に領収書を発行しお渡しいたします。その領収書は、確定申告等に必要な申告書類になりますので、捨てたり紛失されないように各自で大切に保管して置ってください。捨てられたり紛失された場合でも、原則、領収印の押印された領収書は再発行できません。ご了承ください。

9. 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情・要望がございましたら、下記の通り苦情・要望相談窓口（窓口担当者 小川 修一、電話072-961-7875）を設けております。お気軽にご相談下さい。また、各サービス提供フロアに「ご意見箱」を設置しております。こちらでも受付を行っておりますので、ご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

また、ご契約の居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員に申し立てられ、介護支援専門員から当施設の苦情受付担当者にお申し出いただいても構いません。

（その際は、苦情の処理内容報告をご利用者・ご家族と併せて、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員にもご報告させていただきます。）

(1)当施設の苦情・要望相談窓口

苦情解決責任者	施設長 宮本 早知
苦情受付担当者	① 通所リハビリテーション 小川 修一 ②各看護・介護職員（①不在の時間帯）
苦情対応監査	当施設：事務長 今井 庸介
受付時間	8：45～17：15 1階事務所受付
申し立て方法	① 事務所窓口にて担当者に口頭での申し立て ② お電話にて 072-961-7875（代） ③ FAXにて 072-961-7910 ④ 郵送にて 〒578-0941 東大阪市岩田町4丁目2-1 ⑤ ご意見箱への投書（各階に1箇所ずつ設置）

(2)行政機関、その他の苦情受付機関

東大阪市福祉部 指導監査室 施設課	所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話番号：06-4309-3315 FAX：06-4309-3848 受付時間：午前9時から午後5時30分（土日祝休み）
大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地：大阪府中央区谷町7丁目4-15 大阪府社会福祉会館2F 電話番号：06-6191-3130 FAX：06-6191-5660 受付時間：前10時から午後4時（月～金曜日 祝祭日は除く）
大阪府国民健康保険 団体連合会苦情受付担当	所在地：大阪府中央区常磐町1-3-8 FNビル内 電話番号：06-6949-5446 FAX：06-6949-5417 受付時間：午前9時から午後5時（月～金曜日 祝祭日は除く）

10. 高齢者虐待防止について

介護老人保健施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。

- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(1) 施設通報窓口

上記【当施設の苦情・要望相談窓口】と同様です。

(2) 行政機関通報受付機関

東大阪市福祉部 高齢介護室 地域包括ケア推進課	所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話番号：06-4309-3013 FAX：06-4309-3848 受付時間：午前9時から午後5時30分（土日祝休み）
-------------------------------	--

11. 通所リハビリテーションご利用中における治療及び他機関への受診について

通所リハビリテーションご利用中の当施設で行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関での治療となり、施設長（医師）が指示いたします。原則、通所リハビリテーションをご利用される方の受診先はかかりつけ医療機関にご家族様の付き添いにて受診していただきます、ご希望に応じて当施設協力医療機関へ受診していただきます。

(1) サービス利用中の受診等

継続的な治療や受診を要し、施設長（医師）が当施設での通所リハビリテーションご利用が困難と判断した場合は、ご家族に連絡後、ご家族での送迎により医療機関等への受診となり、その時点でその日の通所リハビリテーションのご利用は終了となります。（但し、緊急時は必要に応じて救急搬送を行います。また、ご家族での送迎ができない場合は、当施設で送迎をさせていただきます。）

(2) 緊急時の対応

当施設通所リハビリテーションでは、ご利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、かかりつけ医療機関や協力医療機関に連絡を取るなど必要な対応を講じます。また、必要に応じてご家族から頂戴した連絡先にご連絡し、ご利用者の状況等についてのご報告をいたします。

協力医療機関と協力歯科医療機関

医療機関の名称	(医)寿山会 喜馬病院	医療機関の名称	寿山会ホームケアデンタルクリニック
院長名	熊野 公東	院長名	服部 哲也
所在地	東大阪市岩田町4丁目2番8号	所在地	東大阪市岩田町4丁目3-14-203
電話番号	072-961-6888	電話番号	072-943-1085
FAX番号	072-965-2836	FAX番号	072-943-0845

緊急時受診希望医療機関

・当施設協力医療機関を希望	
・かかりつけ医療機関を希望	
昼間	病院・診療所・医院・クリニック 電話番号
夜間	病院・診療所・医院・クリニック 電話番号

1 2. 利用キャンセル（お休み）について

- ① 急な用事や体調不良等により、通所リハビリテーションのお休みを希望される場合は、必ず、下記電話番号までご連絡ください。また、その際は、ご利用者のお名前、お休みされる理由を必ずお伝えください。
 - ② お休みされることが事前にお分かりになっておられる場合は、連絡帳にご記入いただくか、支援相談員までお電話いただくかして、事前にご連絡をいただきますようお願い致します。
 - ③ 短期入所のご利用や定期的医療機関受診、法要や旅行等、1ヶ月以上前にお休みされる予定がおわかりになっておられる場合は、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員にご連絡くださいますようお願い致します。（月の予定表〔サービス提供票〕の予定から削除していただけます。）
 - ④ 昼食予定の方の当日のキャンセルにつきましては、食事代のみ徴収させていただきます。
- ※お休みの連絡先 電話番号 072-961-7875（代）

1 3. 通所リハビリテーション利用中止について

通所リハビリテーションは週何回など、定期的且つ継続的にご利用いただくサービスとなっております。従いまして、以下の場合は一旦通所リハビリテーションのご利用を中止とさせていただきます。

- ① ご利用者が要介護認定で、自立（非該当）または要支援1・2になられた場合。
（要支援1・2についてはご希望により、当施設「介護予防通所リハビリテーション」へのご利用サービス変更にてご相談させていただきます。その際は必ず、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員か支援相談員にご連絡ください。）
- ② ご利用者が介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設）やグループホームや介護付き有料老人ホーム等にご入所された場合。
（介護保険施設等からの退所後や在宅生活をされる場合は再度通所リハビリテーションをご利用いただけます。）
- ③ ご利用者が医療機関（病院）へ入院された場合。
（退院後、ご希望により再度通所リハビリテーションをご利用いただけます。そのときに必要に応じて入院先の医師から当施設医師への紹介状や看護サマリー、リハビリテーションサマリীর取得をお願いする場合がございます。）
- ④ ご利用者がお亡くなりの場合。
- ⑤ ご利用者の所在が2週間以上不明の場合。
- ⑥ 私的な理由で1ヶ月以上サービスをご利用されない場合。
（ご希望によりご利用についてご相談させていただきます。）

1 4. 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又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、この重要事項説明書に基づき作成する「通所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へ速やかに送付します。
- ③ ご契約されている居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員に対し、月々のご利用状況を定期的に報告いたします。
- ④ 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へ送付します。

15. サービス提供等の記録

- ① 通所リハビリテーションの実施ごとにサービス提供の記録、介護報酬レセプト、請求書・領収証等を作成し、その記録をその行為が発生した時点から5年間保存します。
- ② ご利用者は当施設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。但しご家族等に対しては、ご利用者の承諾その他必要と認められた場合に限り、これに応じます。

16. 事故発生時の対策

(1) 事故発生時の対応

介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、身元引受人、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員、市町村等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償

事故が発生した場合、事業者は協議の上必要に応じて速やかにご利用者への損害賠償を行います。ただし、事業者に故意過失がない場合にはこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができるものとします。

介護老人保健施設総合補償制度 加入 (保険契約者) 社団法人全国老人保健施設協会

17. 非常災害時の対策

(1) 災害時の対応

別途に定める「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール 消防計画」に則り対応します。

(2) 平常時の訓練

別途定める「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール 消防計画」に則り最低年2回、夜間及び昼間想定避難訓練を実施いたします。また、必要に応じて震災想定訓練を実施します。

(3) 防災設備

防火設備として、消火器具(消火器、2号消火用散水栓、スプリンクラー等)、排煙扉・排煙窓 防火煙シャッター、非常避難スロープ等を設置しております。カーテン、布団等については防火性能のあるものを使用しています。

(4) 消防計画等

東大阪市中消防署への届出：令和5年4月1日

防火管理者：小川 修一

18. 衛生管理等

- ① 通所リハビリテーション用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 通所リハビリテーションにおいて感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

19. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

(1) 来訪・面会

面会時間は午前9：00から午後16：30までとさせていただきます。ご面会の際は必ず面会カードに必要事項をご記入ください。入館証は首から下げて、館内では常時携帯してください。お帰りになる際に必ず入館証をご返却ください。

(2) 連絡・報告

ご家族へさまざまな事情・用件により電話連絡を行います。

例えば、

- ① 病状変化により受診の必要性が発生した場合。
- ② ご持参品（お薬や患部処置物品等）に不足が生じた場合
- ③ 通所リハビリテーション計画を作成時、または内容の変更等によりご家族様からの同意が必要な場合
- ④ 体調不良等により予定されていたサービスを変更させていただく場合。
- ⑤ 介護保険被保険者証等の書類の提示をご依頼する場合
- ⑥ ご利用料金のお支払い等に関する連絡をさせていただく場合

※ ご自宅の電話番号や携帯電話の番号等、連絡先としていただいている電話番号の変更や住民票に登録されている住所、主に連絡させていただく方等について変更された場合は、必ずご連絡ください。緊急時に連絡がつかないことのない様に、ぜひとも、ご配慮ください。

(3) サービス提供スペース設置物品の利用

施設内のサービス提供スペース設置物品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反し、ご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがございます。

(4) 喫煙

施設内は、全面禁煙となります。

(5) 飲酒

飲酒はお断りします。また、酒気帯びによるご利用・ご面会も固くお断りいたします。

(6) 食品の持込

施設でお出ししている食事及びおやつ以外の物をお持ち込にならないようお願い致します。また、他のご利用者や職員への菓子類の贈答はおやめください。（その方のご病気により、おやつ等の飲食を禁止されておられる方がいらっしゃいます。健康管理にご協力ください。）

(7) 迷惑行為等

騒音等他のご利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。

(8) 宗教活動

施設内での他のご利用者やご家族、職員等に対する執拗な宗教活動はご遠慮ください。ただし、宗教について、その信仰は個人の自由であり、他者への強制や迷惑をかけない限り制限されません。

(9) 政治活動

施設内での他のご利用者やご家族、職員等に対する執拗な政治活動はご遠慮ください。

(10) 動物の飼育

施設内へのペットの持込及び飼育はお断りいたします。

(11) 貴重品・金銭

施設内への貴重品や金銭の持ち込みはできる限りご遠慮ください。やむを得ず、貴重品・金銭を持ち込まれる場合は自己にて管理していただきますようお願い致します。持ち込まれた貴重品・金銭が紛失した場合は当施設では一切の責任を負いかねます。

また、ご利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かりやご利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受は致しません。

(12)医療行為の禁止

当施設通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、ご利用者に対しての医療行為は行いません。ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除きます。

(13)身体拘束

当施設通所リハビリテーションでは、ご利用者の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、ご利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法によりご利用者の行動を制限いたしません。

もし、ご利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法によりご利用者の行動を制限する場合は、ご利用者及びご家族に対し事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について、その内容記した文書を作成し、十分に説明し、同意の上、署名捺印を得るものとします。身体拘束を行う際に作成する文書の詳細は、以下のとおりです。

- ① ご利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間。
- ② ご利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要
- ③ ご利用者の後見人またはご家族等に対する説明の時期及び内容その際のやり取りの概要。

(14)秘密の保持

当施設の従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得たご利用者及びご家族等の秘密を漏らしません。但し、次の各号に掲げる情報提供については、ご利用者及びご家族等から予め同意を得ておきます。

- ① 介護サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、或いは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合は利用者個人を特定できないようにイニシャル等を使用することを厳守します。

また、利用終了後も同様の取り扱いとなります。

(15) 個人情報の取り扱いについて

ご利用者やご家族に関して、当施設が知りえた個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が定める、「個人情報の取り扱いに関するガイドライン」を遵守し、当施設の「個人情報保護規定」並びに「個人情報保護方針」に則り、断じて漏えいしないように取り扱います。

また、当該同意書とは別に個人情報の取り扱いに関する同意書を取り交わし、一部をご利用者ご家族に交付し、一部を当施設で保管し、取り扱いに関する契約を取り交わします。

附 則 令和5年4月1日より施行します。

附 則 令和6年6月1日より施行します。

附 則 令和6年10月1日より施行します。

附 則 令和7年9月1日より施行します。

附 則 令和8年5月1日より施行します。

上記内容について、通所リハビリテーションサービス開始にあたり、ご利用者に対して説明を行いました。

この重要事項説明書の内容の同意を証するため、本証2通を作成し、押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

事業所 医療法人 寿山会
 介護老人保健施設 ヴァンベール
 施設長 宮本 早知

説明者 職 種： 支援相談員

説明者： _____

上記内容の説明を事業所から確かに受けました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご 家 族 住 所 _____

氏 名 _____