

**介護老人保健施設
「マイライフ芦屋」**

**(介護予防)通所リハビリテーション
重要事項説明書**

医療法人社団 慶仁会

介護老人保健施設「マイライフ芦屋」
(介護予防)通所リハビリテーション 重要事項説明書
【令和7年2月16日 現在】

1 事業者(法人)の表示

法 人 名	医療法人社団 慶仁会			
代 表 者 氏 名	理事長 仁科 哲彦			
法 人 所 在 地	〒658-0014 神戸市東灘区北青木2丁目6番7号			
設 立 年 月 日	平成5年11月25日			
業 務 内 容	整形外科の運営 介護施設の運営 介護老人保健施設 グループホーム(地域密着型認知症対応型共同生活介護) デイサービスセンター(通所介護)			
法 人 連 絡 先	電 話 番 号	078-451-1080	FAX 番 号	078-451-1106
法 人 U R L	www.keijin-kai.com			

2 事業所の表示

事 業 所 名	介護老人保健施設 マイライフ芦屋			
事 業 所 番 号	第2851080032号			
事 業 所 所 在 地	〒659-0034 兵庫県芦屋市陽光町8番30号			
事 業 所 連 絡 先	電 話 番 号 0797-38-8840 FAX 番 号 0797-38-8849			
事 業 所 メ ール ア ド レ ス	mylife-ashiya@keijin-kai.com			
指 定 年 月 日	平成16年2月1日			
利 用 定 員	50(予防介護含む)			
併 設 事 業	介護老人保健施設 (介護予防)短期入所療養介護 (介護予防)訪問リハビリテーション			

(ア) 施設の概要

敷 地	2,211.43 m ²
建 物 の 構 造	鉄筋コンクリート造 5階建
延 床 面 積	4,282.60 m ²
最寄の交通機関 から の 所 要 時 間	阪急バス「浜風大橋南」下車 徒歩1分

(イ) デイルーム及び施設の設備

種類	室数	面積	備考
デイケア室	1	144.00 m ²	
診察室	1	18.68 m ²	
機能訓練室	1	146.66 m ² (1.6 m ²)	
浴室	1	89.20 m ²	特別浴槽 3台設置

3 業事業所の責任者

管理者氏名	管理医師 太田 誠
-------	-----------

4 事業の目的および運営方針

事業の目的	医療法人社団 慶仁会が開設する介護老人保健施設「マイライフ芦屋」が行う指定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）事業（以下、通所リハビリテーションという。）は、要支援・要介護状態にある高齢者等に対して適正な介護保険サービスを提供することを目的とする
運営方針	<p>施設の従業者は通所リハビリテーション計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護および機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、利用者が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とする。</p> <p>施設は、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努める。</p> <p>施設は、介護保健サービス等の実施に当って、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設およびその他保健・医療・福祉サービス提供機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

5 施設の職員体制等（通所リハビリテーション）

(1) 事業所の職員体制

職種	員数	業務内容
医師	1名	利用者に対する医学的な管理指導等を行います。
理学療法士、作業療法士 若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）または看護師 若しくは准看	5名 (うち 理学療法士等 1名)	<p>理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療または運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望およ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。</p> <p>利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。</p>

護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員		通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーションおよび介護ならびに日常生活上の世話を行います。 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沿ったサービスの実施状況の把握およびその評価を診療記録に記載します。また必要に応じて通所リハビリテーション計画の変更を行います。
管理栄養士	1名	栄養改善サービスの提供を行います。
事務職員	1名	介護給付費等の請求事務および通信連絡事務等を行います。

※ 職員体制は、常勤換算後の必要人員数を下回らないものとする

(2) 事業所窓口の営業日および営業時間

事業の実施地域※	芦屋市（除奥池地域）・神戸市東灘区・西宮市 (施設から車にて30分以内で到着できる範囲とする)
----------	--

※ 上記地域内でご利用される場合は送迎にかかる交通費は利用料に含まれています。上記地域以外でも利用ご希望の方はご相談ください。
(この場合は別途送迎にかかる実費交通費の自己負担が発生する場合があります。)

(3) 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日(祝日含む)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
営業しない日	日曜日 および 年末年始（12月31日～1月3日）

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日(祝日含む・年末年始除く)
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時00分

6 提供するサービスの費用について

(1) 介護保険給付対象サービス

ア 基本サービス費

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金額が異なります。

イ 加算サービス費

介護保険制度で定められた要件を満たした上でサービスを提供した場合に、それぞれ加算されます。

○ 利用者負担額について

法定代理受領サービスの場合の利用者負担額は厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の負担となります。ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接施設に支払われない場合にあっては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日、市区の窓口に提出し、差額の払戻しを受けてください。

○ 基本サービス費について

通所リハビリテーション費（6時間以上7時間未満）は、1日毎の利用料、介護予防通所リハビリテーション費は、1ヶ月毎の利用料となります。

○ 介護予防通所サービスについて

介護予防サービスの基本サービス費は1ヶ月ごとの定額制であることから、計画に定めた回数に変更があった場合や、月途中の利用開始、利用中止の場合でも月途中に要支援から要介護に変更となった時などの例外を除いて原則日割り計算は行いません。

（2）介護保険適用外利用料

別途 料金表に記載の金額をご参照ください。

6 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および支払い方法について

（1）請求方法

利用者負担額（介護保険を適用する場合）およ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。上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日に利用者あてに発送（郵送）します。

（2）支払方法

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、期日までに、自動振替・口座振込・現金支払いのいずれかの方法によりお支払い下さい。

（3）領収書

お支払いの確認をしましたら、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します。（領収書の再発行はできかねますので、大切に保管してください。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。）

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、要介護認定の有無およ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）利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者および家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者または家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

（4）サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化に

より、必要に応じて変更することができます。

8 サービス内容に関する要望または苦情等相談窓口

通所リハビリテーション従業者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ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

当施設利用者 相 談 窓 口	苦情受付担当者 相談員 坂井 里江
	苦情窓口責任者 事務長 斎藤 忠志
	ご利用時間 9:00～17:00
	ご利用方法 電話(0797-38-8840) 面談（2階面談室等）
	意見箱(1階玄関ロビーに設置)

1 当施設の苦情処理の体制及び手順

- (1) 当施設の窓口で受けた相談や苦情については、受付した担当者が、主訴を確認し記録します。その場で対応可能な内容であっても、必ず責任者に報告し、対応内容を決定し、利用者に伝達します。
- (2) 上記(1)で対応しきれない内容については、当施設で会議を行い対応内容を決定します。また必要に応じて弁護士等に相談して決定する場合もあります。
- (3) 利用者に対して、サービス提要により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償について検討する。

2 その他の窓口

- (1) 市町村等における苦情解決体制・窓口

高齢介護課介護保険事業係	電話 0797-38-2024
阪神南介護保険相談センター (芦屋健康福祉事務所内)	電話 0797-26-8151

- (2) 兵庫県国民健康保険団体連合会

兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	電話 078-332-5617 ご利用時間 月～金 8:45～17:15
--------------------------------	---

9 秘密の保持と個人情報の保護について

当施設とその職員は、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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- (1) サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- (2) 居宅介護支援事業所等との連携
- (3) 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村

への通知

- (4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- (5) 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

1.0 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連絡します。

1.1 事故発生時の対応方法について

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、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、利用者に対する通所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。

1.2 施設の利用にあたっての留意事項

当施設をご利用される利用者が、安全で快適に過ごすことができるよう、次の事項をお守りください

設備・器具の利 用	施設内の設備、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、弁償していただく場合があります。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
飲 酒 ・ 噫 煙	飲酒は禁止となります。喫煙は決められた場所以外はご遠慮願います。
所 持 金 品 の 管 理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗 教 活 動・政 治 活 動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。

1.3 契約の解約・終了

- (1) 利用者は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解約することができます。
- (2) 事業者は、利用者が次に該当する場合は、1ヶ月以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。
 - ア 利用者が故意に不実を告げたり、病状等を故意に告げなかつたりしたために、介護方法を大きく変更しなければならなくなる等、円滑にサービスを提供できなくなる場合
 - イ 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し、施設での適切なサービスの提供が困

難であると判断された場合

- ウ 利用者の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合
- エ 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合
- オ 利用者が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を 2 ヶ月以上滞納し、1 ヶ月以上の期間を定めてその支払いを督促したにもかかわらず支払われない場合
- カ 事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合

(3) 次に掲げる事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- ア 利用者が要介護認定において非該当となった場合
- イ 利用者について、病院または診療所に入院する必要が生じ、その病院または診療所において利用者を受け入れる態勢が整った場合
- ウ 利用者において、介護保健施設サービス提供の必要性がなくなった場合
- エ 事業所建物の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能となった場合

14 重要事項の変更

介護報酬が改定される等、重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合は、変更内容の書類の交付を行い、利用者より同意を得ることとします。

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け、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）サービスの提供開始に同意しました。

契約者
(利用者) 氏名 _____ 印

代理人 氏名 _____ 印

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）の提供開始に際し、
本書面に基づき重要事項説明書の説明を行いました。

説明者氏名 _____ 印