

老人保健施設サンプラザ平成
介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書

社会福祉法人サンシャイン

2026 年 6 月 1 日

老人保健施設サンプラザ平成 介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業の目的と運営

要支援状態にある者に対して、リハビリテーションを提供することにより心身の機能の維持回復を図り、日常生活自立支援を目的としたサービスを提供します。

また、関係市、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 施設の名称等

法人名	社会福祉法人 サンシャイン
法人代表者氏名	理事長 河原 至 誓
法人所在地	尼崎市大庄西町4丁目3番9号
事業所名	老人保健施設サンプラザ平成
事業者番号	2853080022
事業所在地	尼崎市大庄西町4丁目3番9号
電話番号等	06-6417-0700 06-6417-0717（デイケア直通）
FAX番号	06-6417-7700
管理者氏名	河原 綾
サービスを提供する地域	尼崎市・西宮市の当施設より半径3kmまで
開設年月日	平成28年12月1日

(2) 事業所の従業者体制

- ・ 事業責任者 1名
事業責任者は、事業所の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
- ・ 理学療法士(P T)・作業療法士(O T) 常勤1名、非常勤2名以上
医師の指示のもと、心身の機能維持回復のためのリハビリテーション計画を作成し実施いたします。
- ・ 介護職員 常勤1名以上、非常勤1名以上
利用者の居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に基づき介護を行います。

(3) 定員及び営業日並びに営業時間

介護予防通所リハビリテーション	
定 員	一日 30人
営 業 日	月曜日 ～ 土曜日 (祝・祭日は営業します)
休 業 日	日曜日・12月31日から1月2日まで
受 付 時 間	午前8時30分 ～ 午後5時30分
営 業 時 間	午前9時00分 ～ 午後5時00分
サービス提供時間	午前10時00分 ～ 午後4時15分

(4) 設備の概要

・ 食 堂

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できる食器類やテーブル・いす等の備品を備えます。

・ 機能訓練室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

3. サービスの内容

- | | |
|-------------|--|
| (1) 送 迎 | 当施設の送迎者にて、事業所と自宅との間を行います。 |
| (2) 健 康 管 理 | 医師や他職員が血圧・体温・脈拍を測定し、健康管理を行うとともに、健康相談にも応じます。 |
| (3) 機 能 訓 練 | P T ・ O T ・ S T、介護職員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活作の維持及び低下の防止に努めます。 |
| (4) 排 泄 | 随時、排泄介助をいたします。(オムツ利用の方はご持参下さい) |
| (5) 入 浴 | 見守りや直接介助により、入浴または清拭を行います。 |
| (6) 食 事 | <p>当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養に配慮し、適時・適温さらに季節感のある食事をご利用者の身体の状況に応じた食事を提供します。</p> <p>食事時間については、次のとおりです。</p> <p>昼食 11時45分から12時45分</p> |
| (7) 生 活 相 談 | 事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。 |

4. ご利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数、居宅サービス計画(ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた通所リハビリテーション計画に定められます。

5. 利用料金

介護予防通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準（介護報酬告示上の額）によるものとし、そのサービスが法廷代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

(1) 介護報酬告示額

A 基本料金（1 か月につき）

○予防通所リハビリテーション

	単位数	介護保険料	負担額 (1 割)	負担額 (2 割)	負担額 (3 割)
要支援 1	2,268 単位	23,927 円	2,392 円	4,785 円	7,178 円
要支援 2	4,228 単位	44,605 円	4,460 円	8,921 円	13,381 円

B 加算料金等（1 か月につき）

	単位数	介護保険料	負担額 (1 割)	負担額 (2 割)	負担額 (3 割)
退院時共同指導加算	600 単位/回	6,330 円	633 円	1,266 円	1,899 円
科学的介護推進加算	40 単位/月	422 円	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算 I 要支援 1	88 単位/月	928 円	92 円	185 円	278 円
サービス提供体制強化加算 I 要支援 2	176 単位/月	1,856 円	185 円	371 円	557 円
介護職員等処遇改善加算 II イ	所定単位数の 10.0%を加算				

(2) その他の費用

A 介護保険給付で「定められていない」サービス負担分

- ① 食費 600円 おやつ代 100円
- ② レクリエーション・クラブ活動＝材料実費分
- ③ おむつ代（実費額） ＊＊必要な方は、ご持参下さい＊＊

紙おむつ : 120円 フラット ; 50円
パンツ式オムツ : 150円 パット : 40円

* 必要な方は、余分にお持ちください。

④ 通常の事業実施区域以外への送迎

通常の事業実施以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいの当事業所との送迎費用として、下記の料金をいただきます。

5km未満 : 200円（片道分として）

5km以上 : 400円（片道分として）

B 介護保険給付の支給限度を超えてのサービス

介護給付の支給限度を超えてサービスを利用される場合は、全額自己負担となります。

(3) 1月当りの利用料金

前記(1) A・Bの該当加算額と(2)の合計金額となりお支払い金額は、負担割合に応じます。

ご利用料金の目安 約 円／1ヶ月

□上記金額は 回／月利用した場合の目安の金額になります。
食事代（含みます・含まない）利用回数によりご利用料金は変わります。

6. 利用料金のお支払い方法

利用料金は、次のとおりお支払いください。

1か月毎に計算し、請求しますので、翌月15日までにお支払いください。

お支払い方法は、現金払いとゆうちょ銀行の自動引落としとします。

（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づきで計算した金額とします。）

7. 利用の中止、変更、追加

- (1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止または変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合、利用予定日の前々日までに事業者申し出てください。

- (2) ご利用者の体調不良や状態の改善などにより介護予防通所リハビリテーション計画に定めた期日よりご利用が少なかった場合、または介護予防通所リハビリテーション計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はしません。

(3) 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始した月の途中で終了した場合であっても、以下の該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。

- ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ③ 同一保険者管内での転居などにより事業所を変更した場合
- ④ 月途中でショートステイを利用した場合

(4) 月途中で要支援度に変更となった場合には、日割り計算によりそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

(5) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する曜日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な曜日を利用者に提示して協議します。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった場合には事業所の従業員にご一報ください。
- (2) 入浴サービスを利用する際には、タオル・バスタオル・ビニール袋(汚れ物入れ)を持参してください。
- (3) 給食サービスを利用する際には、自助具使用の方は持参してください。
- (4) 送迎サービスを利用する際には、原則として、自宅まで事業者が責任を持って送迎いたします。

9. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急時に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置について予め防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速かに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

◆緊急時の連絡先

氏名： (続柄：)
連絡先：

11. 事故発生時の対応

サービスの提供等により事故が発生した場合には、家族、市、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 秘密保持・個人情報・プライバシーの保護

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。但し、利用者へのサービス提供のために必要な業務で、利用者の秘密を他の事業者と共有する必要があるときは、予め利用者に説明し同意書に署名捺印をいただきます。この守秘義務は契約終了後も同様です。又、利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。但し、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況及び緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付窓口及び解決責任者

○電 話 番 号	0 6 - 6 4 1 7 - 0 7 0 0
○受 付 時 間	毎週月曜日～金曜日 1 0 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
○苦情受付担当者	福山 竜太
○苦情解決責任者	施設長 河原 綾
○苦情処理第三者委員	学識経験者 山本 晴郎
	学識経験者 西村 保

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会	所 在 地 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1 - 1801 号 電話番号 (078) 332-5617 FAX 番号 (078) 332-5650 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 月曜日～金曜日
尼 崎 市 福 祉 局 福 祉 部 法 人 指 導 課	所 在 地 尼崎市東七松町 1 丁目 2 3 番 1 号 電話番号 (06) 6489-6321 FAX 番号 (06) 6482-3512 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 月曜日～金曜日

15. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人純徳会 田中病院
所在地	尼崎市武庫川町2丁目2番
診療科	総合（救急告示病院）
医療機関の名称	社会医療法人中央会 尼崎中央病院
所在地	尼崎市潮江1丁目12-1
診療科	総合（救急告示病院）
医療機関の名称	医療法人財団 ヒューマンメディカル 尼崎新都心病院
所在地	尼崎市潮江1丁3-43
診療科	総合（救急告示病院）

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	健志会グループ
所在地	大阪市淀川区西中島5丁目12-15 新大阪浪速ビル 6F

16. 損害賠償について

事業者は損害賠償保険に加入しております。事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

但し、その損害の発生において、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して減額することが相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- ① 老人保健施設サンプラザ平成は、自己の責めに帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負い兼ねます。特に以下の各号に該当する場合は、損賠賠償を免れます。
- ② 契約者(そのご家族様も含む)が契約締結に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害発生した場合。
- ③ 契約者(そのご家族様も含む)が、サービスの実施にあたり必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害発生した場合。
- ④ 契約者の急激な体調の変化など、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害発生した場合。

17. 記録の整備及び開示

- (1) 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておくものとします。

- (2) 事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。
- (3) 事業者は、利用者からサービス提供記録の開示を求められたときは、応じるものとします。

18. 暴力団排除

事業者及び管理者は、暴力団員でないこととします。また、暴力団等の支配をうけないものとします。

19. 虐待防止に関する事項

事業者は、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
 - 3 その他虐待防止のために必要な措置
- (2) 事業者は、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、これを地域包括支援センター、市町村に通報するものとします。

年 月 日

介護予防通所リハビリテーションのサービス提供にあたり、利用に対して
契約書及び本書面に基づき重要事項を説明し、これら書類を交付しました。

[事業者]

所在地	尼崎市大庄西町4丁目3番9号
事業所	老人保健施設サンプラザ平成
事業者番号	2853080022
管理者	河 原 綾 印
説明者	印

私は、契約書及び本書面に基づき、事業者から介護予防通所リハビリ
テーションのサービスについて重要事項の説明を受けて同意し、これら書類を受
領しました。

[利用者]

住 所 _____

氏 名 _____

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所リハビリ
テーションのサービス提供に同意したことを確認しましたので、私が、利用
者に代わって署名を代行いたします。

[署名代行者]

住 所 _____

氏 名 _____ (利用者との関係 _____)