

通所リハビリテーション 重要事項説明書

1. 事業の目的及び運営の方針

1) 事業の目的

指定通所リハビリテーションの事業の適切な運営を確保するために別途定めた「運営規程」に従い、その心身の状況に応じたリハビリをはじめサービスの種類及び内容等を考慮し、機能訓練を実施すると共にサービス計画に基づき各種サービスの提供をし、利用者の健康の増進と維持を図る事を目的とする。

2) 運営方針

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に配慮して、身体並びに介助及び生活訓練を行う。利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて利用者の選択に基づき、適切なサービスを行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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。

2. 法人の概要

名称	医療法人社団 恵心会	
代表者	理事長 武田 敏也	
所在地	京都市下京区西七条南衣田町 1 1 番地	
設立	2 0 0 4 年 4 月 1 日	
電話番号	0 7 5 - 3 1 2 - 7 0 0 1	
医療事業	京都武田病院	1 ケ所
介護事業	訪問看護	2 ケ所
	訪問リハビリテーション	2 ケ所
	居宅療養管理指導	1 ケ所
	通所リハビリテーション	2 ケ所
	居宅介護支援事業所	3 ケ所
	短期入所療養介護	1 ケ所
	介護老人保健施設	1 ケ所
	介護予防訪問看護	2 ケ所
	介護予防訪問リハビリテーション	2 ケ所
	介護予防居宅療養管理指導	1 ケ所
	介護予防通所リハビリテーション	2 ケ所
	介護予防短期入所療養介護	1 ケ所

3. 事業者の概要

1) 名称・所在地等

施設名	介護老人保健施設 京都綾部さくらホーム
所在地	京都府綾部市高津町遠所1番地611
電話番号	0773-40-1066
管理者名	荻野 嘉夫
開設年月日	2006年4月1日
介護保険指定番号	2651880029

2) 介護サービスの種類

- ・介護老人保健施設 100床
- ・短期入所療養介護 (上記床数に含む)
- ・介護予防短期入所療養介護 (上記床数に含む)
- ・通所リハビリテーション 定員30名
- ・介護予防通所リハビリテーション (上記定員に含む)
- ・訪問リハビリテーション

3) 居室の内容

- ・準ユニット型個室 2ユニット 20室 20名
- ・多床室 定員4人 20室 80名

4. 事業所の概要

1) 事業所の名称及び種類等

施設名	介護老人保健施設京都綾部さくらホームデイケアセンター
所在地	京都府綾部市高津町遠所1番地611
電話番号	0773-40-1065
管理者名	荻野 嘉夫
開設年月日	2006年4月1日
介護保険指定番号	2651880029
サービスの種類	通所リハビリテーション

2) 事業所の職員体制及び職務内容

(単位：人)

職種	資格	常勤	非常勤	計	勤務内容
管理者(医師)	医師	1	0	1	施設管理・利用者の健康管理
理学療法職	理学療法士	1.4	0	1.4	利用者の機能訓練等
	作業療法士	1.0	0.5	1.5	
	言語聴覚士	0.2	0.1	0.3	
看護職	看・准看護師	0	0	0	健康管理や療養上のお世話等
介護職	介護福祉士	1	0	1.0	利用中の介護・介助等

注意① 医師は施設管理者と兼務

3) 職員の勤務体制

職 種	勤 務 時 間
医 師	9 : 00 ～ 17 : 00
看護職・リハビリ職	8 : 30 ～ 17 : 00
介護職	8 : 30 ～ 17 : 00

4) サービス提供時間

平 日	9 : 00～12 : 00	原則 1 時間以上 3 時間未満のサービス
土・日曜日	原則休業	年末年始休暇（12/31～1/3）を含む

5. 通常のサービス提供地域

綾部市内の中筋・綾部・豊里の各地区を提供地域とします。又、福知山市の内、観音寺・興・石原・報恩寺・私市の各地区も提供地域に含むものとします。その他の地域にお住まいの方も相談に応じます。

6. 事業所が提供するサービスについての相談窓口

- 1) 電話番号 0 7 7 3 - 4 0 - 1 0 6 5（午前 8 時 30 分～午後 5 時まで）
- 2) 担当者 十倉 真弓

7. サービスの内容

居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成する「居宅サービス計画」に基づき、以下のサービスを提供します。

1) 入 浴

理学療法士・作業療法士及び介護職員が入浴指導を行います。

2) 排 泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

3) リハビリテーション

理学療法士・作業療法士が通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の状況が改善できるようリハビリテーションを行います。

4) 健康管理

管理者である医師及び看護師が利用者の健康管理に注意し、療養上の指導を行います。

6) 送 迎

ご利用時に事業所の車両にてご自宅まで送迎します。

7) レクリエーション活動

利用者の心身の状況の改善のため、及びリハビリテーションの一環として、色々なレクリエーション活動を行います。

8. サービスの利用料について

1) 介護保険の給付対象となる利用料（1回当たり）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料として以下の料金を徴収します。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。また、公費医療を受給されている方は利用料負担1割の全額あるいは一部免除されます。

【基本料】

（1時間以上2時間未満）

	利用者負担金	備考
要介護1	3 6 9 円	
要介護2	3 9 8 円	
要介護3	4 2 9 円	
要介護4	4 5 8 円	
要介護5	4 9 1 円	

（2時間以上3時間未満）

	利用者負担金	備考
要介護1	3 8 3 円	
要介護2	4 3 9 円	
要介護3	4 9 8 円	
要介護4	5 5 5 円	
要介護5	6 1 2 円	

（3時間以上4時間未満）

	利用者負担金	備考
要介護1	4 8 6 円	
要介護2	5 6 5 円	
要介護3	6 4 3 円	
要介護4	7 4 3 円	
要介護5	8 4 2 円	

※ 上記の他に、利用者の状況及び提供するサービスの内容に応じて、別途必要となる費用が生じる場合があります。なお、詳細は「利用料金表」をご参照ください。

2) 介護保険の給付対象とならない利用料

① 教養娯楽費 通所リハビリテーションのなかで行うレクリエーション活動に使用する材料費です。

1回 1 3 7 円

- ② その他の実費 本来、利用者に持参していただくべき物を事業所が提供した場合や、利用者が通所リハビリテーション利用中に使用する物で利用者に負担していただくことが適当であるとおもわれる物については利用者に事前に了解を得て実費相当分を徴収させていただきます。項目及び費用については、「利用料金表」をご参照ください。

9. 利用料のお支払い方法

介護保険負担金及び上記8に係わる費用については下記の要領により徴収させていただきます。

① 締め日

毎月月末に締め切り、請求書は翌月15日ごろに利用者本人または家族にお渡しします。

② 支払方法

ご指定の郵便局または銀行口座よりの自動引落としとなります。

③ 原則は自動引落としでのお支払いとなりますが、やむを得ない事情により自動引落としができない場合は銀行振込でも受け付けます。

【振込み先口座】

三菱UFJ信託銀行 京都支店
普通預金 No 3371630
名義人 医療法人社団 恵心会
理事長 武田 敏也

《注意》尚、振込手数料は各自でご負担ください。

振込人は必ず利用者名でお願いします。

④ お支払いについて、締め切り日を経過しますと別に定める割合により利息を頂戴することとなりますのでご注意ください。

⑤ 領収書は当施設指定の様式で発行しますが、明細は請求書をご参照ください。

10. サービスの中止・変更・追加

- 1) 利用者の希望により通所リハビリテーションの利用を中止・変更・追加することができます。事業所又は担当の介護支援専門員までお申し出ください。
- 2) サービスの変更・追加については、利用者よりの申し出後、担当介護支援専門員と相談のうえ対応させていただきます。但し、利用状況等によりご希望通りに添えない事もありますのでご了承ください。
- 3) サービス中止については、サービス提供の24時間前までにお申し出ください。これ以降の申し出、或いは申し出がなくサービスの中止がなされた場合、利用者に利用料（利用者負担金）を請求させていただきます。
- 4) 利用者に了解のうえ、事業者の都合によりサービスの変更等が発生する場合があります。

11. 緊急時の対応

- 1) 事業所は、サービス提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに担当医師による適切な処置をとる他、必要に応じて主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- 2) 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、非常災害に備える為、利用者に対しても定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 事故の防止及び発生後の対応について

- 1) 利用者の安全を第一に、事業者が定めた「事故発生時対応マニュアル」に従い事故の防止に日頃より努力致しておりますが、やむを得ない事情や利用者の過失等により事故が発生する場合がありますのでご了承ください。
- 2) サービス提供中に万が一、事業者の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合は、利用者に対して事業者が加入している損害賠償保険等により、その損害を賠償します。
- 3) 事故発生の内容により、京都府及び綾部市等の行政機関へ報告しなければなりませんのでご承知ください。

13. 苦情処理について

1) 事業所

項目 6 に定めた相談窓口をご利用ください、事業者が定めた「苦情処理対応マニュアル」に沿って迅速かつ適切に対応します。

2) その他

当事業所以外に保険者である市町村の相談・苦情窓口や京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口等にも苦情を伝える事ができます。

綾部市役所	0 7 7 3 - 4 2 - 3 2 8 0
京都府国民健康保険団体連合会	0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 9 0
京都府中丹東保健所	0 7 7 3 - 7 5 - 0 8 0 5

(附則) 2006年4月1日 施行

(最終改訂) 2026年8月1日 一部改訂

以上の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者と事業所とが署名捺印のうえ、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

事業者 (事業者名) 医療法人社団恵心会 介護老人保健施設

京 都 綾 部 さ く ら ホ ー ム

[指定番号 2651880029 京都府]

(住 所) 京都府綾部市高津町遠所 1 番地 6 1 1

(代表者名) 施設長 荻 野 嘉 夫

利用者 (住所) _____

(氏名) _____ 印

代理人 (住所) _____

(氏名) _____ 印

通所リハビリテーションの契約を結ぶにあたり、利用者に対して契約書及び説明書に基づいて重要事項を説明致しました。

事業所説明者 _____ 印

私は契約書及び説明書により貴事業所から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。また、契約書第 10 条の秘密保持に関し、行政機関やその他の機関等への申請や情報提供等に、私および私の家族の個人情報を契約の有効期間中に用いることを同意致します。

併せて、重要事項説明書に記載された利用者負担金及び実費等のその他の利用料についての説明も受け、その支払いについても同意致します。

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

家族氏名 _____ 印