

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）重要事項説明書

様	令和 年 月 日
住所	宇治市志津川南詰 12 番地
事業所名	医療法人尼崎厚生会（財団） 志津川五和の園老人保健施設
理事長	島 崎 信 子
	電話 （0774） 23－5070
	FAX （0774） 23－9871

重要事項説明者

下記の重要事項について説明します。この内容は重要ですから、十分理解されるようお願いいたします。

1.利用約款の説明について
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション利用約款・契約書により説明します。 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション利用約款・契約書により説明します。 利用約款・契約書の有効期間は、要介護認定有効期間の満了日までとします。ただし、契約期間満了以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。また身元保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。
2. 事故発生の防止及び発生時の対応について
事故の発生又は再発防止のため、次に掲げる措置を講じます。 ・通所リハビリテーションサービス（介護予防通所リハビリテーション）の提供により事故が発生した時は、医師の指示のもとに必要な措置を講ずると同時に、利用者の家族、関連部署及び必要に応じて市町村等への連絡を行います。 ・事故状況の報告、記録等は正確に行い、関係書類の記録を保存します。又、開示等の要請についても応じます。 ・事故の原因等の分析を通じ、再発防止のための改善策を講じ従事者に周知徹底します。 ・事故発生防止のための委員会及び介護職員その他の従事者に対する研修を定期的に行ないます。 ・事故にそなえて、損害賠償保険に加入しています。
3. 感染症又は食中毒予防及びまん延防止のための措置について
・感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。その結果について看護、介護その他の従事者に周知徹底を図ります。 ・介護職員その他の従事者に対する感染防止又は食中毒予防及びまん延防止のための研修を定期的の実施します。 ・感染症又は食中毒が疑われる際の対応は、所轄保健所の指示、指導に沿った手順により対応します。
4.利用者のプライバシーに関する秘密・個人情報の保護及び従事者の秘密保持に講ずる措置について
・個人情報保護に関する法令、条令等を遵守します。 ・就業規則に従事者の秘密保持に関する遵守条項を設けています。又、従事者が退職した後についても他に漏れることのないよう、雇用契約書の特別条項に罰則規定を定めています。 ・利用者が当施設を利用中は、当該居宅介護支援事業所又は医療機関の主治医等と連携して支援する必要がありますので、当該個人情報の提供について、予め利用者（家族）の同意を得ています。 ・施設内での利用者に対するサービス担当者会議等において、利用者の個人情報及び利用者家族の個人情報を利用する必要がありますので、当該個人情報の利用について、予め利用者（家族）の同意を得ています。 ・介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等において個人情報を使用する場合は、事前に了承を得た上、利用者及び扶養者（家族）に対して利用目的変更通知書を送付するものとします。又、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
5.苦情を処理するために講ずる措置について
・当施設の提供するサービスに対しての要望又は苦情等については、介護支援相談員、介護支援専門員等に申し出ることができます。又、所定の場所に設置する「ご意見箱」に管理者宛文章を投函して申し出ることもできます。苦情を受付けた場合には、その対応内容を記録します。 ・利用者（身元保証人等）の求めに応じ、サービス提供書、診療録等の開示に応じます。 ・ご意見ご要望等については速やかに対応し、今後の施設サービスの質の向上に生かせるよう努力いたします。

## 1 施設の概要

### (1) 施設の名称等

- ・法人名 医療法人尼崎厚生会（財団）  
所在地 兵庫県尼崎市立花町4丁目3番18号
- ・施設名 志津川五和の園老人保健施設  
所在地 京都府宇治市志津川南詰12番地
- ・開設年月日 昭和63年10月17日  
介護保険指定年月日 平成12年4月1日 指定番号 2651280014

### (2) サービスについて

#### [通所リハビリテーションの提供]

- ・要介護状態と認定された利用者に対し、居宅等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを提供します。
- ・通所リハビリテーション提供にあたる従事者等（医師、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員等）の協議により、通所リハビリテーション計画を立案します。
- ・通所リハビリテーション計画の内容については、利用者（家族）の希望を十分に取り入れ、利用者（家族）の同意を得て実施いたします。

#### [介護予防通所リハビリテーションの提供]

- ・要支援1及び要支援2と認定された利用者に対し、介護予防を念頭においた利用者の自立を支援するためのサービスを提供します。

#### [通常の事業の実施地域]

- ・宇治市、城陽市

### (3) 介護老人保健施設 志津川五和の園の運営方針

- ・当施設は前項の目的を達するために次のことを方針として運営いたします。
- ・老人福祉処遇の質の確保と向上に努めるとともに、家庭と病院との中間処遇を考慮した介護を行います。又、医療面での偏重（過剰医療、過少医療）を避け、生活援助の場としてバランスのとれた介護に努めます。

### (4) 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）の職員体制

（令和7年4月1日現在）

#### ①管理者（施設長／医師）

常勤1人 常勤、

同一敷地内介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーションの管理者及び医師を兼務

#### ②医師

1人以上

同一敷地内介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーションの医師を兼務

#### ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

常勤換算方法で1.5人以上

同一敷地内介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を兼務

④看護職員

1 人

⑤介護職員

1 人以上

⑥管理栄養士

1 人以上

同一敷地内介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーションの管理栄養士を兼務

(5) 通所の定員

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションを含めて1日10名

2. サービス内容

(1) 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）計画の立案（3ヵ月ごとに見直し）

(2) 通所リハビリテーションの実施計画書に基づく、短期集中リハビリテーション（加算）等の実施又は、介護予防通所リハビリテーション実施計画書に基づく運動機能及びその他の機能向上のための個別リハビリテーション等の実施（リハビリテーション実施計画書の見直しは3ヵ月ごと）

(3) その他のサービス

①食事 / 昼食 正午～0時30分

②入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）

③医学的管理・看護

④介護

⑤機能訓練（短期集中リハビリテーション、運動機能向上目的の個別リハビリテーション、レクリエーション等）

⑥相談援助サービス

⑦基本時間外施設サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所サービス利用時間の終了に間に合わない場合に適用）

⑧行政手続代行、その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 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）ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

4. 利用料 の取り扱いについて

(1) 基本料金

※介護給付負担金は利用約款・契約書、別表1の通所リハビリテーション利用者負担料金表（別表1介護予防通所リハビリテーション利用者負担料金表）をご参照ください。

(2) 食費／昼食代（自己負担）／食材料費及び調理にかかる費用 1日当たり 700円

※衛生管理上、弁当、お菓子等の持込は禁止しております。

(3) 日用品 / 1日当たり 80円

・介護保険給付サービス対象外の日用品等で、利用者の日常生活に最低限必要と考えられる日用品等を、利用者のご希望により提供いたします。

〔主な品目等〕 各種タオル、シャンプー、ボディークリーム、石鹸、ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、マスク、その他

(4) 教養娯楽費 / 1日当たり 100 円

※趣味やレクリエーションその他での各種材料等について、利用者のご希望によりご提供いたします。

〔利用例〕 色紙、画用紙、半紙、墨汁、模造紙、ボウル紙、筆、鉛筆、水性ペン、墨汁、マジックインキ、ポスターカラー、ホッチキス、セロテープ、両面テープ、のり、粘土、写真、手芸材料、園芸材料等

(5) おやつ代 利用者のご希望により提供いたします / 1日当たり 150 円

〔主な品目〕 ショートケーキ、エクレア、チーズケーキ等の洋菓子、フルーツ盛り合わせ、みつ豆等の果物類、栗饅頭、大福餅等の和菓子、わらび餅、大学芋、茶巾しぼり、ぜんざい等の季節の手作り菓子等 ※その他、紅茶、コーヒー、お茶等（選択可）

(6) キャンセル料 / 1日当たり 700 円（昼食代分）

※利用日の前日午後 5 時までに連絡がなかった場合に適用

(7) その他

個人希望による介護保険給付対象外の尿パット、紙おむつの利用等、その他必要品は実費購入となります。

5. 協力医療機関（病院）等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所にご協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・名称／宇治病院 住所／宇治市五ヶ庄芝ノ東 5 4－2
- ・名称／宇治武田病院 住所／宇治市宇治里尻 3 6－2 6
- ・名称／宇治おうばく病院 住所／宇治市五ヶ庄三番割 3 2 番地－1

協力歯科医療機関

- ・名称／木村歯科 住所／京都市中京区聚楽廻西町 1 1 9
- ・名称／本田歯科クリニック 住所／京都市伏見区深草北新町 6 3 1－1

※緊急時の連絡先／緊急の場合には、「緊急連絡票」にご記入いただいた連絡先順に連絡します。

6. 営業時間 9：00～17：15

休 日 日曜及び年末年始（1 月 1 日～1 月 3 日）

- ・利用相談及び見学・体験等は随時受け付けています。（見学受付時間 10：00～16：00）
- ・送迎バスの運行／8：30～17：55（年中運行／五和の園～JR 宇治駅～京阪宇治駅／無料）

※別紙運行時刻表を参照下さい。

7. 禁止事項

利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。その他、金銭、貴重品等の持込み、ペットの持込み、飲酒、喫煙（全館禁煙）等については、禁止しています。

8. 非常災害対策

- ・防災設備／スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練／年 2 回

9. 要望、苦情等の相談窓口

□受付時間 / 9：00～17：15（日曜休日）

□介護支援専門員・介護支援相談員 ／TEL 0774-23-5070

苦情要望を受付けた場合は、苦情の内容を記録し必要に応じ苦情処理委員会、部署代表者会議等で検討し報告や改善の必要がある場合は、責任を持って調査、改善、回答させていただきます。

・介護保険所轄官庁の所在地、電話番号等

□宇治市に相談する場合

〒611-8501 京都府宇治市宇治琵琶 33 番地

宇治市健康福祉部健康増進室 介護保険課 TEL 0774-20-8731

□城陽市に相談する場合

〒610-0195 京都府城陽市寺田東ノ口 16・17

城陽市福祉保健部高齢介護課 介護保険係 TEL 0774-56-4043

□京都市に相談する場合

〒604-0954 京都市中京区御池通柳馬場東入東八幡町 579 番地

京都市保健福祉局長寿社会部介護保険課 TEL 075-213-5871

□京都府に相談する場合

〒611-0021 京都府宇治市宇治若森 7-6

京都府山城北保健所 TEL 0774-21-2191

□国保連合会に苦情を申立する場合

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地

京都府国民健康保険団体連合会

介護保険課介護相談係 TEL 075-354-9090

志津川五和の園老人保健施設 様

☐ 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

### 利 用 同 意 書

(1) 志津川五和の園老人保健施設・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）の利用にあたり、別紙の利用約款・契約書、及び重要事項説明書の交付を受けた上、利用約款、介護保険利用者負担の利用料金、介護保険給付対象外の昼食代（利用者全額負担）、個人希望による利用料、及び重要事項等についての説明を受けました。

これらの内容を十分に理解した上で同意します。

(2) 通所リハビリテーション（介護予防）利用約款・契約書第9条（1）項の介護保険サービス利用のために必要な市町村、居宅介護保険事業者等への個人情報の提供、及び医療機関受診時の情報提供等について、私並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

又、サービス担当者会議等において、私並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

(3) 通所リハビリテーション（介護予防）利用約款・契約書第9条（4）項による個人情報提供の利用目的を変更する場合の措置（利用者、身元保証人に事前に了承を得た上、通知書を発行）等についても同意いたします。

(4) 利用者本人の症状等に関して、施設より医療機関への受診、入院等の指示がでた場合、当方は責任をもって速やかに対処いたします。

(5) 通所リハビリテーション（介護予防）利用約款・契約書第6条の利用料については、利用者及び身元保証人は連帯して支払います。

令和      年      月      日

（利用者）

住      所

利用者名

（身元保証人）

住      所

氏      名