

通所リハビリテーション 重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1. 施設の概要

(1) 施設の名称

名 称	デイケア さくらハウス
開 設 年 月 日	平成18年 4 月 18 日
所 在 地	大分県大分市牧1丁目25番1号
電 話 番 号	097-503-1883
管 理 者 名	重光 祐司
介護保険指定番号	通所リハビリテーション (4450100013)

(2) 介護老人保健施設の目的

当施設は、要支援・要介護と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。

(3) デイケアさくらハウスの運営方針

通所リハビリテーションサービスは要支援・要介護状態等となった場合において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身機能の維持回復を図るよう努めます。

1. 利用者第一主義に徹し、介護・医療サービスを通して地域社会に貢献します。
2. 介護・看護の専門性を活かし、機能訓練を通して家庭での生活が維持できるように援助します。
3. 利用者に対し、専門的なリハビリにより在宅生活継続支援に努力します。
4. 安心・安全を意識し、常に知識・技術の向上に努めます。

(4) 施設の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容
医 師	1	1	利用者に対しての医学的管理
看 護 職 員		1	利用者の保健衛生並びに看護業務
介 護 職 員	6	1	利用者の日常生活全般の介護業務
支 援 相 談 員	1		サービス利用に関する相談援助業務
理 学 療 法 士	3		日常生活を営む為に必要な機能訓練（老健との 兼務）
作 業 療 法 士	1		
そ の 他		5	マッサージ師、運転手

(5) 利用定員

通 所 定 員	定員 ： 4 5 名
---------	------------

2. サービス内容

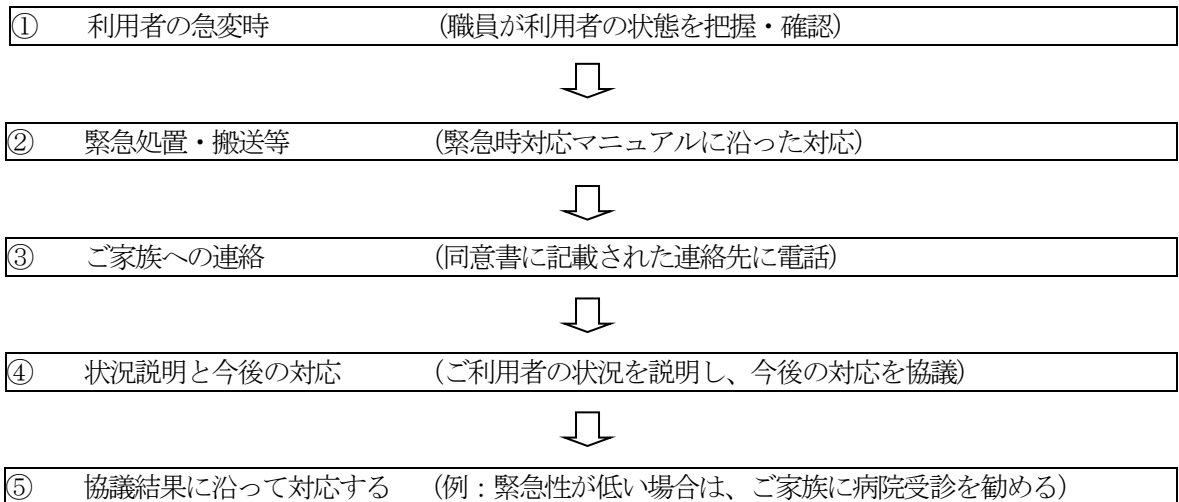
営 業 日 ・ 時 間	月～土（8：00～17：00） 日曜・盆・年末・年始は休日となります。 ＊上記以外の祝日は通常通りの営業です
通 所 リ ハ ビ リ 計 画 の 作 成	在宅支援を目的としたケアの実践及びご利用中の過ごし方について計画を作成します。
食 事	食事はこちらで提供いたします。衛生管理上、持ち込みはご遠慮ください。
入 浴	身体状況によって一般浴、個浴、機械浴に分けて入浴していただきます。
医 学 的 管 理 ・ 看 護	定期的な血圧・体温等の確認による健康チェックを行います。
介 護	日常の生活動作のお手伝いなどを行います。
機 能 訓 練	必要な機能訓練を行います。
相 談 援 助	サービスの調整、利用に関してのご相談をお受けします。

3. 施設のご利用制限について

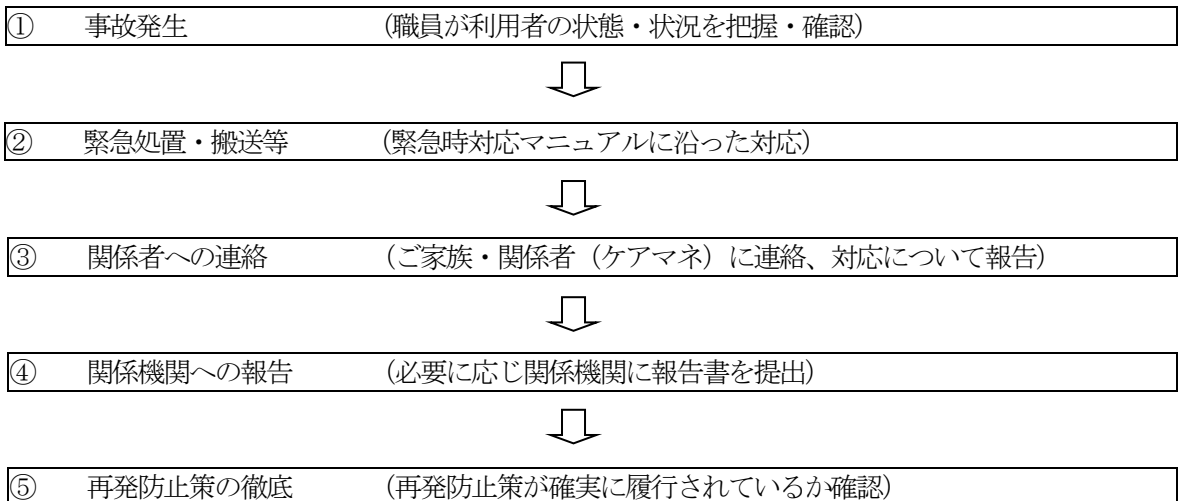
体調不良（発熱・下痢）の方、感染症等の疑いがある方については医師の判断によりご利用をお断りすることがあります。

4. 緊急時の対応

(1) 利用者が急変した場合



(2) 事故が発生した場合



5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所より協力を得ています。

協力医療機関	住 所	連 絡 先
膳所病院	大分市金池町1丁目9番38号	097-534-0035
ひかりの森クリニック	大分市萩原4丁目9番1号	097-574-7630
大分みぞぐち眼科	大分市中央町2丁目3番19号	097-513-5930

その他、かかりつけの医療機関がある場合は別紙1「緊急時の医療機関」に記載します。

6. 緊急時の連絡先

緊急時の場合、同意書に記載の連絡先にお知らせします。尚、ご利用者への対応を優先するためご家族への連絡が遅れることがあります。

7. 通所リハビリテーション利用に当たっての留意事項

- 当施設では、ご利用者の皆様の安全には万全の体制で臨みます。しかし、施設利用中や送迎中の偶発的な事件・事故に関しては、全てを未然に防止することはできません。
万が一、発生した場合は原因を究明し再発を防止するとともに、ご利用者又はその代理人と当施設が誠意をもって協議して、問題を解決することとします。また、当施設の送迎車以外の車輛における送迎中の事故については責任を負いかねますのでご了承ください。
尚、円滑にサービスをご利用いただくため下記の点にご協力ください。
- 飲食物の持ち込みは、衛生上および管理上の都合によりお断りしております。
- 当施設は全面禁煙となっております。お煙草はご遠慮ください。
- 飲酒されてのご利用は、お断りいたします。また、アルコール類（ノンアルコール飲料も含む）をお持ち込みの可能性がある場合は、荷物の確認をさせて頂く場合があります。
- 集団生活のため、持ち物を紛失しやすくなっています。できるだけ身の回り品には名前をお書きください。また、小遣い金等は少額の範囲内をお願いします。
- 携帯電話をご使用の際は、所定の場所にてお願いいたします。

また、ご利用者様及び職員のプライバシー・個人情報保護のため、施設内での写真撮影・動画撮影・録音等を禁止しています。撮影・録音が必要な際は、事前に職員までお申し出ください。

- ・ 原則として当施設はご利用者の金銭や通帳、貴重品（指輪・アクセサリー等）の管理を行っておりません。ご利用者の代理人またはご家族で管理をお願いします。施設内での紛失・事故・盗難等については一切責任を負いません。
- ・ 施設利用中のご利用者間での物のやり取りは、お断りします。

8. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー ・ 消火器 ・ 消火栓等を完備
- ・ 防火訓練 年2回実施

9. 禁止事項

- ・ 当施設では、多くの方に安心してご利用いただくために営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、ペットの持ち込みは禁止します。
- ・ 職員に対するお心付けは遠慮させていただいております。
- ・ 以下の行為（ハラスメント）については禁止いたします。

また、これらの行為により、他の利用者や職員の心身に危害が生じたり、その発生を防止することが困難であると判断した場合には、契約書第14条（1）により契約を解除することがあります。

身体的暴力（力によって危害を及ぼす行為）

精神的暴力（尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

セクシャルハラスメント（性的な嫌がらせ行為） 等

10. 利用料金設定

単位円

要介護度	5 時間以上 6 時間未満			6 時間以上 7 時間未満			7 時間以上 8 時間未満		
	1 割 負担	2 割 負担	3 割 負担	1 割 負担	2 割 負担	3 割 負担	1 割 負担	2 割 負担	3 割 負担
要介護 1	622	1,244	1,866	715	1,430	2,145	762	1,524	2,286
要介護 2	738	1,476	2,214	850	1,700	2,550	903	1,806	2,709
要介護 3	852	1,704	2,556	981	1,962	2,943	1,046	2,092	3,138
要介護 4	987	1,974	2,961	1,137	2,274	3,411	1,215	2,430	3,645
要介護 5	1,120	2,240	3,360	1,290	2,580	3,870	1,379	2,758	4,137

加算

加算種類		1 割負担	2 割負担	3 割負担
通所リハビリ入浴介助加算		40／日	80／日	120／日
リハビリテーション マネジメント加算(A)イ	開始から 6 月以内	560／月	1,120／月	1,680／月
	開始から 6 月超	240／月	480／月	720／月
リハビリテーション マネジメント加算(A)ロ	開始から 6 月以内	593／月	1,186／月	1,779／月
	開始から 6 月超	273／月	546／月	819／月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 〔施設（所）日又は認定日より 3 月以内〕 週 2 日以上 1 日当たり 40 分以上		110／日	220／日	330／日
サービス提供体制強化加算（I）		22／日	44 日	66／日
リハビリ提供体制加算	5 時間以上 6 時間未満	20／回	40／回	60／回
	6 時間以上 7 時間未満	24／回	48／回	72／回
	7 時間以上 8 時間未満	28／回	56／回	84／回
介護職員等処遇改善加算（I）ロ		算定単位数の 11.1％／月		

食事の負担

昼食・おやつ	昼食 570 円、おやつ 80 円
--------	-------------------

（当日 10 時までに欠席・不要の連絡がない場合は昼食・おやつ代のキャンセル料をいただきます）

消耗品等

リハビリパンツ、尿とりパット、杖ゴム、その他介護サービスに要する消耗品等についてはすべてご利用者様の実費負担となります。

再送迎

別途送迎が必要となった場合

追加送迎費：一律 1 回 500 円

服の貸し出し及び洗濯

服の貸し出し：1 着につき 50 円

洗濯費：1 回につき 100 円

※服の貸し出しに加え洗濯が必要な場合 150 円

1 1. 苦情受付

・当施設の苦情に関する窓口は以下のとおりです。

受付	:	1 階事務室
対応時間	:	平日 9 : 00～17 : 00
		土曜日 9 : 00～12 : 00
担当	:	事務長 工藤 和明
電話	:	097-503-1882

1 2. その他

個人情報利用目的は別紙2、送迎に関する規程は別紙3に定めます。

1 3. デイケアにおけるリスクの説明

当施設では安全な環境づくりに努めながら、利用者の心身機能の維持回復や快適な生活が出来るように努力しておりますが、利用者の心身状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- ☐ 歩行移動時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 当施設はリハビリを重視しており、自主性を促し原則的に拘束を行わない事から転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来るやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血が出来るやすい状況にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の心身状況が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあり、このことはご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご理解いただきますようお願い申し上げます。

尚、説明でわかりにくいところがあれば、遠慮なくお尋ね下さい。

緊急時の医療機関

サービス利用中に体調不良となった場合の緊急対応は、当施設の協力医療機関、または救急病院とします。

尚、緊急性が低く体調が安定している場合は、ご家族へ連絡しますのでお迎えに来ていただき
かかりつけ医を受診ください。

尚、かかりつけ医がある方は以下にご記入ください。

医療機関名 膳所病院 ・ 左記以外 ()

醫師名

電話 _____

個人情報の利用目的

デイケアさくらハウスでは、お預かりしている利用者及びその家族等に関する個人情報の取扱いについては細心の注意を払い、その利用目的を以下のとおり定めます。

1. 介護サービスの提供に必要な利用目的

- ・ 介護サービスの提供に係る施設内における利用
- ・ 居宅介護サービス事業者、居宅介護支援事業者等との連携及び照会への回答
- ・ 病院、診療所等の医療機関との連携及び照会への回答
- ・ 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- ・ ご家族等への状況説明

2. 当施設の管理運営に必要な利用目的

- ・ 会計、経理業務
- ・ ヒヤリハット、事故等の報告
- ・ 第3者機関へサービスの質の向上、安全確保、事故対応、未然防止等のための報告
- ・ 施設内で実施される看護・介護実習への協力
- ・ 施設内各種研修会
- ・ 施設内症例検討会
- ・ 外部監査機関への情報提供
- ・ 介護保険事務の委託を受けた業務
- ・ 医療賠償保険等に係る保険会社等への相談、届出

3. 介護サービス費の請求業務に必要な利用目的

- ・ 審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ その他介護サービス費請求に係る利用

送迎に関する規程

デイケアさくらハウスでは、安全で円滑な送迎を提供するに当たり、以下のとおり実施致します。

1. 原則として送迎は（ ）名で対応し、迎え、送りは玄関の中までと致します。尚、特別な事情がある場合はご相談下さい。

予定時間は、迎え_____ 送り_____と致します。

2. 迎えは玄関まで伺いますので、必ず家の中でお待ち下さい。

3. 交通事情で大幅に到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡を致します。

10分程度の遅れはご容赦下さい。

4. 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。

5. 迎えの時間をご利用者毎に決まっているため、乗車時に長時間待つことができません。

そのため大幅に遅れる場合はご希望にお応えできない場合もあります。早めに準備をしていただくようご協力をお願いいたします。

当事業者は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、「重要事項説明書」及び別紙1

「緊急時の医療機関」、別紙2「個人情報の利用目的」、別紙3「送迎に関する規程」の説明を致しました。

令和 年 月 日

事 業 者

住 所 大分市牧1丁目25番1号
事業者（法人）名 医療法人 慈 善 会
施 設 デイケアさくらハウス
（事業所番号） 4450100013

代 表 者 名 理事長 膳 所 憲 二 印

説 明 者

職 名 氏 名 印

同 意 書

私は、通所リハビリテーションのサービスの利用にあたり「重要事項説明書」及び別紙1「緊急時の医療機関」、別紙2「個人情報の利用目的」、別紙3「送迎に関する規程」について説明を受けました。これらを十分理解した上で同意いたします。

令和 年 月 日

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

ご 家 族 (代 理 人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

その他の緊急時連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____