

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

(通所リハビリテーション)

令和4年4月1日

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業所名称	大塚外科内科デイケア翼
事業所所在地	徳島市川内町平石住吉317-4
法人種別	医療法人 鴻志会
代表者氏名	理事長 大塚 雅文
電話番号	088-665-7722

2. 利用施設

居宅介護サービスの種類	介護予防通所リハビリテーション 通所リハビリテーション
事業所開設年月日	平成12年4月1日
利用定員	20名
事業所指定番号	3610125225
管理者氏名	大塚 三恵
電話番号	088-665-7851
ファクシミリ番号	088-679-1258

3. 事業の目的

医療法人鴻志会大塚外科内科デイケア翼介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が行う介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援、要介護状態にある高齢者に対し、介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションを提供することによって、利用者の心身の機能回復を図ることを目的とします。

4. 運営の方針

事業の実施に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うと共に、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うようにします。サービスの提供は、常に利用者の心身の状況を把握しつつ、その希望に添ったものとします。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務体制
医師	1	常勤兼務者 13:00～14:00
理学療法士	1	常勤兼務者 9:00～13:00
介護職員	4	常勤専任者 8:30～17:30

6. 営業時間

営業日	月・火・水・金・土（木・日曜日・祝日及び8/13～15・12/31～1/3は除く）
営業時間	9:00～15:30

7. 通常の事業の実施地域

実施地域	徳島市・北島町・松茂町・鳴門市
------	-----------------

8. 利用単位

法定代理受領分	介護予防ハビリテーション・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による。 (法定代理受領サービス：1～2割)
---------	-----------------------------------------------------------------------------

9. 地域単価

平成30年4月より地域単価の改定があり、当施設は地域区分7級地、(1単位 = 10.17円)となります。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

① 食事費用（おやつ付き）

利用者に提供する食事費用は1食500円となっています。

② 実費負担について

当事業所に備えています下記を使用する場合実費にて負担をお願いします。

おむつ代 110円・尿パッド代 40円（税込み）

③ 通常の事業実施地域外への送迎

通常の事業実施地域以外に居住する利用者に対して、当事業所のサービスを利用される場合の迎費用は次のとおりとなっています。

イ、通常の事業の実施地域を越えてから片道おおむね5km未満 250円

ロ、通常の事業の実施地域を越えてから片道おおむね5km以上 300円

④ レクリエーション

利用者の希望により参加いただいたレクリエーション等の材料等は実費となっています。

(2) 利用料金の支払い方法

基本サービス費用及び選択サービス、(1)の食事費用等は、毎月10日以降の利用時にお支払い下さい。

(3) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用を中止することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに事業者申し出てください。
- ② サービス利用日の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な日時を契約者に提示して協議します。

10. サービス利用内容

- ① 医師の指示及び介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画にもとづき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行います。
- ② サービス提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの観点から利用上必要とされる事項について、理解しやすいように指導と説明を行います。
- ③ サービス提供に当たっては、常に利用者の心身状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。
- ④ 常に利用者や、ご家族へは心身機能回復訓練の方針や内容・経過について十分な説明を行い、また職員における質的向上を常に図っています。
- ⑤ 利用者に使用する施設、食器その他の設備また飲用に供する水については、衛生的な管理に努め、また衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行っています。
- ⑥ 当事業所において感染症が発生・蔓延しないように努めています。

11. 苦情申し立て窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら窓口担当者までお気軽にご相談下さい。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用下さい。責任を持って調査・改善させて頂きます。その他当事業所以外の相談窓口にも苦情を伝えることができます。

事業所ご利用 相 談 室	窓口担当者	事務長 長谷 誠	
	ご利用時間 ご利用方法	9：00～17：00 (土・日曜・祝日・8/13～15・12/31～1/3は除く) 電 話 088-665-7722 F A X 088-665-7808 面 談 大塚外科内科院長室 (12：30～14：00は除く)	
徳島市役所 介護ながいき課	給付係 介護相談窓口	電 話 088-621-5586 F A X 088-655-6560	受付時間 9：00～17：00 (土・日曜・祝日を除く)
鳴門市役所	長寿介護課	電 話 088-684-1192	
北 島 町	保健福祉課 介護保険係	電 話 088-698-9805	

松 茂 町	健康保険課	電 話 088-699-8712	受付時間 9:00~17:00 (土・日曜・祝日を除く)
徳島県国民健康 保険団体連合会	介護保険課	電 話 088-666-7205 FAX 088-666-0228	
徳島市地域包括 支援センター		電 話 088-624-7775 FAX 088-624-6675	

1.2. 非常災害対策における対応方法

- ① 全職員による防火防災訓練を実施（年間2回）し、突発的な災害への心理的障害をなくします。
- ② 事業所における設備器具の定期的な点検を行います。
- ③ 避難経路の明示と利用者にも訓練を行います。

1.3. 事故発生時の対応及び賠償責任

事故発生時の対応	サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに関係市町村及び各機関並びにご家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
賠償責任	サービスの提供により賠償事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき利用者側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることがあります。 当事業所は、万一の事故発生に備えて、あいおい損害保険株式会社に加入しております。

1.4. 緊急時の対応方法

利用者の主治医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
協力医療機関	医療機関の名称	大塚外科内科
	院 長 名	大塚雅文
	所 在 地	徳島市川内町平石住吉317-4
	電 話 番 号	088-665-7722
	診 療 科	消化器科、肛門科、外科、内科、整形外科 リハビリテーション科
	入 院 設 備	有 り
	救急指定の有無	無 し
契 約 の 概 要	当事業所母体医院	
緊急連絡先	電話 088-665-7722（24時間連絡体制可）	

15. 秘密の保持

秘密の保持	<p>当事業所の職員は、業務上知り得た利用者本人、ご家族または身元引受人の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。当事業所の職員が退職後、就業中に業務上知り得た利用者本人、ご家族、または身元引受人の秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことのないように配慮します。</p> <p>当事業所が、居宅支援事業者等必要な機関に利用者本人、ご家族に関する情報を提供する場合には、予め文書により利用者本人の同意を得ます。</p>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

16. 利用者における留意事項

飲酒・喫煙	事業所内での飲酒及び喫煙は認めておりません。
金銭・貴重品の管理	利用者ご本人の所持は必要最小限をお願いします。
宗教・政治活動	事業所内では認めておりません。
動物飼育	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
服装・入浴・リハビリ	簡単な運動ができる服装とタオル、リハビリ用シューズをご用意下さい。 入浴される場合はタオル、バスタオル、下着等をご用意下さい。
飲食物等	デイケア利用時の飲食物の持ち込みは禁止いたします。喉の不調の際、緩和目的の（のど飴）等もご遠慮いただき、医療機関で処方されたトローチの服用をお願いします。やむを得ず、飴玉を含まれる方は、誤嚥事故が発生した場合、当事業所では一切の責任を負えませんのでご了承下さい。
その他	かかりつけ医の病医院で投薬されている薬で昼食後に服用する場合には持参してください。

17. 参考

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者及びご家族に対し本契約書に基づいて令和 年 月 日にサービス内容及び重要事項を説明致しました。

事業者 所在地 徳島市川内町平石住吉317-4

名称 大塚外科内科デイケア翼

説明者 事業所担当者 _____ (印)

同 意 書 （ 契 約 書 ）			
<p>私は、医療法人鴻志会大塚外科内科における<input type="checkbox"/>居宅介護支援<input type="checkbox"/>居宅療養管理指導<input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション<input type="checkbox"/>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に際しての説明を受け、内容を確認いたしました。</p> <p>私は、大塚外科内科における<input type="checkbox"/>居宅介護支援<input type="checkbox"/>居宅療養管理指導<input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション<input type="checkbox"/>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内容説明を受け同意し、利用することを契約します。</p> <p>又、介護保険法に基づく各介護サービスの利用契約における重要事項説明書に規定する秘密保持に関し、大塚外科内科における上記在宅介護サービス事業所、または他の事業所が私に対して提供する介護サービス事業がより妥当適切なものになるよう契約有効期間中に限り、大塚外科内科の各在宅介護サービス事業所職員が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議において用いることにも同意いたします。</p>			
住 所	〒□□□-□□□□		
氏 名			⑩
電 話 番 号	() -	F A X	() -

<p>私は、本人に代わり、上記署名を行います。</p> <p>私は、大塚外科内科における<input type="checkbox"/>居宅介護支援<input type="checkbox"/>居宅療養管理指導<input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション<input type="checkbox"/>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内容説明を受け同意し、利用することを本人の意思確認し利用契約をいたします。</p>			
本人との関係		署名を代行した理由	
住 所	〒□□□-□□□□		
氏 名			⑩
電 話 番 号	() -	F A X	() -