

医療法人社団 苑田会

老健おばま 通所リハビリテーション事業所

重要事項説明書

令和8年6月1日

1. 事業所の名称等

施設名	老健おばま 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〕事業所
開設日	平成23年4月1日
所在地	〒854-0513 長崎県雲仙市小浜町南本町59番地
電話（FAX）	0957-74-2716 （FAX）0957-74-2722
管理者	本多 兼一
介護保険指定番号	4272400500

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、在宅ケアの支援に努めることを目的とします。
事業の運営方針	明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行います。

3. 職員の体制（主たる職員）

職種	員数	業務内容
管理者	1名	施設職員の管理、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。
医師	2名	利用者の病状及び心身の状況に応じて、医学的対応を行います。
理学療法士又は作業療法士	5名	通所リハビリテーション計画の作成・実施、また必要な指導等を行います。
看護職員	1名	医師の指示に基づき投薬・検温・血圧測定等の他、通所リハビリテーション計画に基づく看護を行います。
介護職員	6名	利用者の通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。
管理栄養士	2名	利用者の状態に応じた栄養管理を行います。

4. 職員の勤務体制（主たる職員）

職種	勤務体制	休暇
施設長	日勤（ 8：30～17：00）	4週8休
医師	松本（ 8：00～17：00）火・水・金	常勤
	〃（ 8：00～10：00）月曜日	〃
	〃（12：00～17：00）〃	〃
	〃（ 8：00～12：00）木曜日	〃
	永田（12：00～14：00）木曜日	非常勤
	〃（12：00～16：00）土曜日	〃
理学療法士・作業療法士	日勤（ 8：30～17：00）	4週8休
看護職員	日勤（ 8：30～17：00）	4週8休
介護職員	日勤（ 8：30～17：00）	4週8休

5. 利用定員等

利用定員	37名
営業日	日曜日を除く毎日、ただし1月1日及び1月2日を除く
営業時間	9時～17時
通常の事業の実施地域	雲仙市（千々石町、小浜町、南串山町地区）、及び南島原市（加津佐町、口之津町、北有馬町、南有馬町地区）

6. サービス内容

通所リハビリテーション計画の作成	居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。
送迎について	送迎サービスの利用は任意です。 事業所が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。

日常生活上の世話	食事の提供及び介助	医師の指示のもと、管理栄養士がメニューを作成。利用者の状態に合わせた栄養管理や食事内容・形態で食事を提供します。摂取に介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 食事サービスの利用は任意です。 食事開始時間 12:00～
	入浴の提供及び介助	一般浴槽での入浴を行います。(小浜温泉を使用したかけ流しのお風呂です。) また、身体の状態により入浴できないときは体を拭かせていただきます。 *業務上、異性介助になることがあります。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味、趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

7. 利用料金

利用料金については、6 ページ 基本料金をご覧ください。

8. 利用にあたっての留意事項

喫煙	敷地内は禁煙となっております。
飲食物の持ち込み	医師や看護職員等へご相談下さい。食事制限のある方も利用されていますので、他利用者との飲食物のやり取りはご遠慮ください。
衣類・私物の持ち込み	持ち物には全て氏名をご記入ください。 金銭・貴重品のお預かりはしておりません。持ち込みはご遠慮ください。

9. 衛生管理について

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に綿密な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症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おおむね3か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

10. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. 事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じ、利用者の家族等に連絡を行います。施設医師の判断により、受傷の程度に応じて協力医療機関（公立小浜温泉病院）、協力歯科医療機関（小浜みやもと歯科医院）又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (2) 事故後は、事故報告書を作成し、事故の原因究明、事故防止に努めます。必要に応じ、島原地域広域市町村圏組合への報告も行います。

1 2. 非常災害対策について

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関へ通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。訓練にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

防災設備	避難階段、非常口、防火戸、スプリンクラー設備、屋内・屋外消火栓設備、自動火災報知設備、非常通報装置、非常警報設備、非常電源設備、誘導等及び誘導標識等
防災訓練	年2回以上（避難誘導（夜間想定含む）、消火及び通報訓練）

1 3. 苦情等の受付

当施設の運営する事業に関する相談、要望、苦情等は何なりと担当者までお申し出ください。責任をもって対応させていただきます。

連絡先

老健おばま 通所リハビリテーション事業所 受 付 担 当 介護福祉士 杉本 早智
 TEL（施設代表） 0 9 5 7 - 7 4 - 2 7 1 1 苦情解決責任者 施 設 長 本多 兼一
 （直通） 0 9 5 7 - 7 4 - 2 7 1 6
 FAX 0 9 5 7 - 7 4 - 2 7 2 2

なお、下記公共機関窓口でも相談・苦情を受け付けております。

- 島原地域広域市町村圏組合 0 9 5 7 - 6 1 - 9 1 0 1
- 長崎県国民健康保険団体連合会 0 9 5 - 8 2 6 - 1 5 9 9
 （各市町村の介護保険担当窓口で受け付けております。）

苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・ 老健施設内に苦情委員会を設置し、上記担当者も含めて施設内に掲示又はマニュアルの配布等により利用者に対して周知します。
- ・ 苦情は原則文書により受け付けます。ただし、来訪、電話、FAX 等による申立も受け付けます。
- ・ 文書の受付として、匿名も考慮し施設の各階に意見箱を設置します。
- ・ 受け付けた苦情・相談は、全て苦情処理委員会に報告いたします。
- ・ 苦情処理委員会は、受け付け担当者から苦情内容の報告を受けた場合は申立人に対し報告を受けた旨を通知します。
- ・ 苦情処理委員会は、随時会議を開催し、迅速かつ適切に対応いたします。
- ・ 調査対応を要する場合は申立人に今後の予定、結果報告見込みを説明します。
- ・ 調査及び対応の結果については、利用者等に連絡し説明して、匿名の場合は施設内にて掲示を行います。

1 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

入所者及びその家族に関する秘密の保持について	1 利用者又はその家族の個人情報について、法令を遵守し、適切な取り扱いに努めます。 2 従業者は、サービスを提供する上で知りえた利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 3 従業者が従業者でなくなった後においても、この秘密は洩らしません
個人情報の保護について	利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

1 5. 虐待防止について

- (1) 利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果に従業者に周知徹底します。
- (3) 虐待防止のための指針を整備するとともに、担当者を設置し、定期的な研修を実施します。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

16. 身体拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある等、やむを得ない場合には利用者及び家族に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

- (1) 当事業所は、身体拘束等の適正化を図るための措置を講じます。
- (2) 身体拘束等の適正化を図るための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知徹底します。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備するとともに、担当者を設置し、定期的な研修を実施します。

1. 基本料金（厚生労働大臣の定める基準による。）

(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〕費（通常規模型）

区分	介護報酬告示額		円換算 (10 割)	利用者負担① (1 割)	利用者負担② (2 割)	利用者負担③ (3 割)
	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〕 費（Ⅰ）					
要支援 1	6 時間以上 7 時間未満	2,268 単位／月	22,680 円／月	2,268 円／月	4,536 円／月	6,804 円／月
要支援 2	6 時間以上 7 時間未満	4,228 単位／月	42,280 円／月	4,228 円／月	8,456 円／月	12,684 円／月
要介護 1	2 時間以上 3 時間未満	383 単位／回	3,830 円／回	383 円／回	766 円／回	1,149 円／回
要介護 2	2 時間以上 3 時間未満	439 単位／回	4,390 円／回	439 円／回	878 円／回	1,317 円／回
要介護 3	2 時間以上 3 時間未満	498 単位／回	4,980 円／回	498 円／回	996 円／回	1,494 円／回
要介護 4	2 時間以上 3 時間未満	555 単位／回	5,550 円／回	555 円／回	1,110 円／回	1,665 円／回
要介護 5	2 時間以上 3 時間未満	612 単位／回	6,120 円／回	612 円／回	1,224 円／回	1,836 円／回
要介護 1	3 時間以上 4 時間未満	486 単位／回	4,860 円／回	486 円／回	972 円／回	1,458 円／回
要介護 2	3 時間以上 4 時間未満	565 単位／回	5,650 円／回	565 円／回	1,130 円／回	1,695 円／回
要介護 3	3 時間以上 4 時間未満	643 単位／回	6,430 円／回	643 円／回	1,286 円／回	1,929 円／回
要介護 4	3 時間以上 4 時間未満	743 単位／回	7,430 円／回	743 円／回	1,486 円／回	2,229 円／回
要介護 5	3 時間以上 4 時間未満	842 単位／回	8,420 円／回	842 円／回	1,684 円／回	2,526 円／回
要介護 1	4 時間以上 5 時間未満	553 単位／回	5,530 円／回	553 円／回	1,106 円／回	1,659 円／回
要介護 2	4 時間以上 5 時間未満	642 単位／回	6,420 円／回	642 円／回	1,284 円／回	1,926 円／回
要介護 3	4 時間以上 5 時間未満	730 単位／回	7,300 円／回	730 円／回	1,460 円／回	2,190 円／回
要介護 4	4 時間以上 5 時間未満	844 単位／回	8,440 円／回	844 円／回	1,688 円／回	2,523 円／回
要介護 5	4 時間以上 5 時間未満	957 単位／回	9,570 円／回	957 円／回	1,914 円／回	2,871 円／回
要介護 1	5 時間以上 6 時間未満	622 単位／回	6,220 円／回	622 円／回	1,244 円／回	1,866 円／回
要介護 2	5 時間以上 6 時間未満	738 単位／回	7,380 円／回	738 円／回	1,476 円／回	2,214 円／回
要介護 3	5 時間以上 6 時間未満	852 単位／回	8,520 円／回	852 円／回	1,704 円／回	2,556 円／回
要介護 4	5 時間以上 6 時間未満	987 単位／回	9,870 円／回	987 円／回	1,974 円／回	2,961 円／回
要介護 5	5 時間以上 6 時間未満	1,120 単位／回	11,200 円／回	1,120 円／回	2,240 円／回	3,360 円／回
要介護 1	6 時間以上 7 時間未満	715 単位／回	7,150 円／回	715 円／回	1,430 円／回	2,145 円／回
要介護 2	6 時間以上 7 時間未満	850 単位／回	8,500 円／回	850 円／回	1,700 円／回	2,550 円／回
要介護 3	6 時間以上 7 時間未満	981 単位／回	9,810 円／回	981 円／回	1,962 円／回	2,943 円／回
要介護 4	6 時間以上 7 時間未満	1,137 単位／回	11,370 円／回	1,137 円／回	2,274 円／回	3,411 円／回
要介護 5	6 時間以上 7 時間未満	1,290 単位／回	12,900 円／回	1,290 円／回	2,580 円／回	3,870 円／回
要介護 1	7 時間以上 8 時間未満	762 単位／回	7,620 円／回	762 円／回	1,524 円／回	2,286 円／回
要介護 2	7 時間以上 8 時間未満	903 単位／回	9,030 円／回	903 円／回	1,806 円／回	2,709 円／回
要介護 3	7 時間以上 8 時間未満	1,046 単位／回	10,460 円／回	1,046 円／回	2,092 円／回	3,138 円／回
要介護 4	7 時間以上 8 時間未満	1,215 単位／回	12,150 円／回	1,215 円／回	2,430 円／回	3,645 円／回
要介護 5	7 時間以上 8 時間未満	1,379 単位／回	13,790 円／回	1,379 円／回	2,758 円／回	4,137 円／回
延長加算	加算(8 時間以上 9 時間満)	50 単位／回	500 円／回	50 円／回	100 円／回	150 円／回
	加算(9 時間以上 10 時間未満)	100 単位／回	1,000 円／回	100 円／回	200 円／回	300 円／回

(2) 各種加算

加算項目		介護報酬告示額	円換算 (10 割)	利用者負担④ (1 割)	利用者負担⑤ (2 割)	利用者負担⑥ (3 割)
予 防 通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	栄養改善加算（1 月につき）	200 単位／月	2,000 円／月	200 円／月	400 円／月	600 円／月
	栄養アセスメント加算（1 月につき）	50 単位／月	500 円／月	50 円／月	100 円／月	150 円／月
	口腔機能向上加算Ⅰ（月 2 回限度）	150 単位／月	1,500 円／月	150 円／月	300 円／月	450 円／月
	口腔機能向上加算Ⅱ（月 2 回限度）	160 単位／月	1,600 円／月	160 円／月	320 円／月	480 円／月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（6 月に 1 回限度）	20 単位／月	200 円／月	20 円／月	40 円／月	60 円／月

	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回限度)	5 単位／月	50 円／月	5 円／月	10 円／月	15 円／月
	科学的介護推進体制加算 (1 月につき)	40 単位／月	400 円／月	40 円／月	80 円／月	120 円／月
	生活行為向上リハ実施加算 (開始日から 6 月以内)	562 単位／月	5,620 円／月	562 円／月	1,124 円／月	1,686 円／月
	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	480 単位／月	4,800 円／月	480 円／月	960 円／月	1,440 円／月
	一体的サービス提供加算 栄養改善及び口腔機能向上	480 単位／月	4,800 円／月	480 円／月	960 円／月	1,440 円／月
	要支援 1 サービス提供体制強化加算Ⅰ	88 単位／月	880 円／月	88 円／月	176 円／月	264 円／月
	要支援 2 サービス提供体制強化加算Ⅰ	176 単位／月	1,760 円／月	176 円／月	352 円／月	528 円／月
	若年性認知症利用者受入加算	240 単位／月	2,400 円／月	240 円／月	480 円／月	720 円／月
	退院時共同指導加算	600 単位／月	6,000 円／月	600 円／月	1,200 円／月	1,800 円／月
	利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に利用した場合 (支援 1)	▲120 単位／月	▲1,200 円／月	▲120 円／月	▲240 円／月	▲360 円／月
	利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に利用した場合 (支援 2)	▲240 単位／月	▲2,400 円／月	▲240 円／月	▲480 円／月	▲720 円／月
通所リハビリテーション	入浴介助加算Ⅰ	40 単位／回	400 円／回	40 円／回	80 円／回	120 円／回
	入浴介助加算Ⅱ	60 単位／回	600 円／回	60 円／回	120 円／回	180 円／回
	栄養改善加算 (3 ヶ月以内、月 2 回限度)	200 単位／回	2,000 円／回	200 円／回	400 円／回	600 円／回
	栄養アセスメント加算	50 単位／月	500 円／月	50 円／月	100 円／月	150 円／月
	リハビリマネジメント加算ハ (6 月以内)	793 単位／月	7,930 円／月	793 円／月	1,586 円／月	2,379 円／月
	リハビリマネジメント加算ハ (6 月超)	473 単位／月	4,730 円／月	473 円／月	946 円／月	1,419 円／月
	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	270 単位／月	2,700 円／月	270 円／月	540 円／月	810 円／月
	科学的介護推進体制加算 (1 月につき)	40 単位／月	400 円／月	40 円／月	80 円／月	120 円／月
	口腔機能向上加算Ⅰ (月 2 回限度)	150 単位／回	1,500 円／回	150 円／回	300 円／回	450 円／回
	口腔機能向上加算Ⅱイ (月 2 回限度)	155 単位／回	1,550 円／回	155 円／回	310 円／回	465 円／回
	口腔機能向上加算Ⅱロ (月 2 回限度)	160 単位／回	1,600 円／回	160 円／回	320 円／回	480 円／回
	短期集中個別リハ実施加算 (3 月以内)	110 単位／日	1,100 円／日	110 円／日	220 円／日	330 円／日
	認知症短期集中リハ実施加算Ⅰ (3 月以内)	240 単位／日	2,400 円／日	240 円／日	480 円／日	720 円／日
	認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ (3 月以内)	1,920 単位／月	19,200 円／月	1,920 円／月	3,840 円／月	5,760 円／月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6 月 1 回限度)	20 単位／月	200 円／月	20 円／月	40 円／月	60 円／月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6 月 1 回限度)	5 単位／月	50 円／月	5 円／月	10 円／月	15 円／月
	生活行為向上リハ実施加算 (6 月以内)	1,250 単位／月	12,500 円／月	1,250 円／月	2,500 円／月	3,750 円／月
	若年性認知症利用者受入加算	60 単位／日	600 円／日	60 円／日	120 円／日	180 円／日
	中重度者ケア体制加算	20 単位／日	200 円／日	20 円／日	40 円／日	60 円／日
	移行支援加算 (1 日につき)	12 単位／日	120 円／日	12 円／日	24 円／日	36 円／日
	リハビリ提供体制加算 (3～4 時間)	12 単位／日	120 円／日	12 円／日	24 円／日	36 円／日
	リハビリ提供体制加算 (4～5 時間)	16 単位／日	160 円／日	16 円／日	32 円／日	48 円／日
	リハビリ提供体制加算 (5～6 時間)	20 単位／日	200 円／日	20 円／日	40 円／日	60 円／日
	リハビリ提供体制加算 (6～7 時間)	24 単位／日	240 円／日	24 円／日	48 円／日	72 円／日
	リハビリ提供体制加算 (7 時間以上)	28 単位／日	280 円／日	28 円／日	56 円／日	84 円／日
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位／日	220 円／日	22 円／日	44 円／日	66 円／日
	退院時共同指導加算 (1 回につき)	600 単位／回	6,000 円／回	600 円／回	1,200 円／回	1,800 円／回
	重度療養管理加算 (1 日につき)	100 単位／日	1,000 円／日	100 円／日	200 円／日	300 円／日
	送迎減算 (片道につき)	▲47 単位／日	▲470 円／日	▲47 円／日	▲94 円／日	▲141 円／日
共通	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) イ	所定単位×103/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) ロ	所定単位×111/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) イ	所定単位×100/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) ロ	所定単位×108/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
	介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	所定単位×083/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
	介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	所定単位×070/1000	左記の単位数×地区区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割

①+④、②+⑤又は③+⑥が、法定代理受領の場合の利用者負担額となります。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日、市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

2. その他の料金

区 分	内 容 等
食費	・ 600円／1日
交通費	・ 通常の事業の実施地域は、雲仙市（千々石町、小浜町、南串山町地区）、及び南島原市（加津佐町、口之津町、北有馬町、南有馬町地区）。 ただし、通常地域を越えた地域については、40円／1km毎。
時間外費用	・ 実際の要した時間における介護報酬の告示上の額と、居宅介護サービス計画上の介護報酬の告示上の額の差額（利用者負担分のみ）
おむつ代	・ 尿取りパッド 40円 ・ フラット 55円 ・ ワイド50円 ・ リピート 150円 ・ リハビリパンツ150円
その他日常生活費	・ 日用品：実費

3. 料金の支払い方法

月ごとの清算とし、毎月月末で締め、翌月10日までに請求いたしますので、請求月の月末日までに現金または銀行振込（本人様名義）にてお支払いください。なお、銀行振込手数料は利用者負担にてお願いいたします。また、当事業所は、料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。再発行は致しませんので、大切に保管してください。

急な病院受診・私用などで、休み又はご利用途中に帰宅される場合、昼食は既に調理の準備を行っていますので、午前10時までにご連絡下さい。ご連絡がない場合は、ご利用様負担とさせていただきます。

《お支払い時間等のご案内》

平日・祝日・土曜日の午前9時から午後5時までとなります。**日曜日と時間外、1／1～2は、お支払いができませんのでご了承ください。**

個人情報の利用目的

公立介護老人保健施設老健おばまでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている

個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、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
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関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
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供
- ・施設内掲示板等への本人と限定される写真、画像等の掲載

※写真撮影、掲載を望まれない方は申し出てください。

当施設での写真撮影、掲載についてチェックをお願いいたします。

☐ 了承する ☐ 了承しない

利用時リスク説明書

利用者： _____ 様 _____ 歳 性別 _____

当施設では利用者が快適な入所生活が送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、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》（ご確認いただけましたら□にチェックをお願いします。）

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒等による骨折・外傷・頭蓋内損傷のおそれがあります。
- ☐ 介護保険施設は、原則的に拘束行わないことから、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、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 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。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳・心臓や血管の疾患により、急変・急死される場合があります。
- ☐ 本人の全身状態が悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行う事があります。

*身体状況及び服用されている薬の影響等から、身体状況の変化による疾患の急性増悪等が起こる可能性が考えられます。

このことは、ご自宅でも起こりうる事ですので、十分にご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明で分からないことがあれば、遠慮なくお尋ね下さい。

老健おばま通所リハビリテーション事業所 利用同意書

医療法人社団 苑田会 事業所管理者 様

当事業者は、重要事項説明書を交付し、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明いたしました。

年 月 日

事業者 老健おばま 通所リハビリテーション事業所

説明者氏名 _____

サービス内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービス内容及び重要事項について十分に理解し同意した上で自署します。

利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者は心身の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人氏名 _____ 続柄 _____