

通所リハビリテーション 重要事項説明書

居宅介護サービス事業所（デイケアセンター天の川）及びその業務内容について契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明いたします。

わからないことやわかりにくいことがあれば遠慮なく質問して下さい。

●事業者及び事業所

事業者名	医療法人 阪南会
住 所	岸和田市春木大国町8番4号
代表者名	柿原 宏
事業所名	デイケアセンター 天の川
指定番号	2771100365（大阪府指定）
住 所	岸和田市春木大国町8番4号
電話番号	072-436-2233
管理者名	能仁 信一

●事業の目的と運営方針

当事業所は利用者に対して利用者が可能な限りその居宅において、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支援するとともに、家族の介護負担の軽減を図るために居宅サービス計画に基づいてサービスを提供することを目的とします。

- ①ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように具体的な目標を設置しサービス提供することに努めます。
- ②ご利用者ご家族に必要とされる事項については十分な説明を行うように努めます。
- ③ご利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じた的確なサービスを提供できるように努めます。

●サービスの利用開始

居宅サービス計画に基づいて利用にあたっての説明を十分に行い、了解の下にご利用者ご家族と契約を交わしサービスを開始するものとします。

●利用日及び利用時間

利用日・利用時間及び休日について

利 用 日	(月曜日～土曜日)
利 用 時 間	午前 9 時 30 分～午後 4 時 35 分 (7 時間 05 分)
休 日	日曜日、祝日、岸和田だんじり祭り開催日 (9・10 月)、年末年始(12/30～1/3)
緊急の休み	警報発令などにより、 <u>当事業者が危険と判断した場合</u>

●利用定員

1日20名

(介護予防通所リハビリテーション利用者を含んでの定員となります。)

20名

●サービス提供地域

岸和田市、忠岡町

※上記の場合であっても送迎時間は利用者の心身の負担にならない程度と考え、乗車時間は30分までを基準としています。

※提供地域内であっても医師の判断、その他、病状や状態等の理由により事業所が不適切と判断した場合は利用ができないことがあります。

●職員体制

理学療法士 2名
看護職員 2名
介護職員 6名
(介護予防通所リハビリテーションと一体的に運営)

●サービス内容及び利用料

介護保険給付対象となる場合は介護負担割合率に応じて保険内費用総額の1割又は2割・3割をご負担いただきます。

(負担率は介護保険負担割合証に記載されています。)

料金表は別紙参照。

【保険外費用】

食費(昼食代として)	400円
------------	------

その他の費用(おやつ代、作業療法や行事(教養娯楽費)に要する費用等)は頂いておりません。

※ご利用をキャンセルされる場合は遅くてもご利用当日の午前8時30分まで事業所までご連絡願います。ご連絡なくお休みされた場合はキャンセル料として実費負担全額を請求させていただくことがあります。(事前連絡にご協力をお願い致します。)

※入浴や個別リハビリにつきましては、ご利用予定であってもその時の体調等の理由によりサービス提供が出来ない場合があります。(この場合の利用料は発生致しません。)

※おむつ・とりみ調整剤等は必要分を各自ご持参願います。不足等があり、事業所で用意させて戴いた場合は実費となります。(おむつ1枚100円・とりみ調整剤1日50円)

※端数処理の関係により明細金額と合計金額に差異が生ずる場合があります。

●利用料の支払い方法について

①利用料は利用のあった月の合計金額により請求させていただきます。

②請求書は利用明細を添えて利用のあった月の翌月の15日以降にご利用者にお届けします。(ただし、請求額の無い月はお届けしません。)

③利用料のお支払いは、ご利用者負担のあるサービス提供の都度お渡しする利用者控と内容を照合の上、請求書をお渡ししてから30日以内に下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

ア. 現金支払い

イ. 事業者指定口座への振込み

【口座】池田泉州銀行 忠岡支店 普通貯金 No.629230

【名義】デイケアセンター天の川 代表者 柿原 宏

④お支払いを確認しましたら必ず領収書をお渡ししますので保管下さいませようお願い致します。

●高齢者虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

①虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

③その他虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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するものとする。

●ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

(2) 個人の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

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

●秘密保持と個人情報の保護について

①事業者及び事業者の使用するのはサービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

②事業者はご利用者から予め文書で同意しない限りサービス担当者会議においてご利用者の個人情報を用いません。

③事業者はご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

●緊急時の対応について

事業者は、通所リハビリテーションサービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合はサービスを中止し担当医に連絡するとともに緊急連絡先に連絡をとります。必要に応じて救急治療あるいは救急入院などの措置を講じます。(サービス提供時間内であっても病状の急変等の理由により医師の判断により中止された場合はその日のサービスは終了となります。)

●事故発生時の対応について

当事業所が利用者に対して行う通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った通所リハビリテーションの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

●健康状態の把握

当事業所ではサービス利用にあたって、ご利用者様の健康状態をできるだけ把握し、安全にサービスを実施したいと考えております。ご利用者様の病状確認のために、かかりつけ医より診療情報提供書を初回利用時及び必要に応じて取り寄せさせて頂き、必要に応じ検査をお願いすることがあります。

●写真(肖像権)使用について

デイケアセンター天の川の事業紹介や、取り組みを紹介する用途に限り、事業所内で撮影いたしましたご利用者様の写真を使用させていただく場合がございます。

●苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)

●非常災害対策

非常事態に備えて防災計画を作成し、防火管理者を定め、定期的に必要な訓練を行います。

- ・ 防災設備 消火器、散水栓、火災受信機、非常放送設備
- ・ 防災訓練 年2回以上

【サービス提供に関する相談・苦情の窓口】

<p>【事業所の窓口】 医療法人 阪南会 デイケアセンター天の川</p>	<p>岸和田市春木大国町8番4号 ☎072-436-2233(代) FAX072-436-0889 受付時間（平日の午前9:00～午後5:00）</p>
<p>【市町村の窓口】 岸和田市役所内 高齢介護課 受付時間</p>	<p>岸和田市岸城町7番1号 ☎072-423-9475 受付時間（平日の午前9:00～午後5:15）</p>
<p>【公共団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会</p>	<p>大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 ☎06-6949-5418 受付時間（平日の午前9:00～午後5:30）</p>
<p>【 の窓口】</p>	<p>☎ 受付時間（ ）</p>

●通所リハビリテーションご利用にあたっての見積もり

ご利用にあたっての見積もりについてはこの重要事項説明書と一緒にお渡りする(重要事項説明書別紙一体系等の届出状況及び利用料)にてご説明いたします。

重要事項説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名 _____ ①

この重要事項説明書について事業所から説明を受け内容について確認いたしました。

被保険者氏名
(利用者氏名) _____

利用者

氏名 _____ ①
住所 _____
電話番号 _____
※代筆の場合は代筆者の氏名と続柄を記入願います
代筆者名 _____ ① 利用者との関係 ()

代理人

氏名 _____ ①
住所 _____
電話番号 _____