

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

利用約款

年 月 日

様

医療法人慶友会
通所リハビリテーション ダ・ジャーレもりや

御家族様控

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） 利用約款

（約款の目的）

第1条 通所リハビリテーション ダ・ジャーレもりや（以下「当事業所」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）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、利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、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）を提供し、一方、利用者及び利用者の身元を引き受ける者（以下「身元引受人」という。）は、当事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

（適用期間）

第2条 本約款は、利用者が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）利用同意書を当事業所に提出したときから効力を有します。但し、身元引受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 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2、利用料金の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当事業所の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）を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び身元引受人は、当事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本約款に基づく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）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、速やかに当事業所及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、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）実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当事業所にお支払いいただきます。

（当事業所からの解除）

第4条 当事業所は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく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）サービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所での適切な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）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は身元引受人が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

- 第5条 利用者又及び身元引受人は、連帯して、当事業所に対し、本約款に基づく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）サービスの対価として、料金表の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当事業所は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
 - 3 当事業所は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は身元引受人に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

- 第6条 当事業所は、利用者の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）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間保管します。
- 2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、身元引受人その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

- 第7条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、事業所管理者又は医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第8条 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元引受人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。
- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

- 第9条 当事業所は、利用者に対し、当事業所医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第 10 条 サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 当事業所医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前 2 項のほか、当事業所は利用者の家族等利用者又は身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第 11 条 利用者及び身元引受人は、当事業所の提供する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）に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができます。

(賠償責任)

第 12 条 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）の提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 13 条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

(虐待防止に関する事項)

第 14 条 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ② 虐待防止するための当事業所職員に対する研修を（年 2 回）実施します。
- ③ 虐待等に対する相談窓口を設置しています。
- ④ その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- ⑤ 当事業所は、サービス提供中に、当事業所の職員又は養護者（現に利用している家族・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。

通所リハビリテーション ダ・ジャーレもりや のご案内

1. 事業の概要

(1) 事業の名称等

・名称	通所リハビリテーション ダ・ジャーレ もりや
・開設年月日	平成19年10月1日
・所在地	茨城県守谷市松並 1630 番 1 号
・電話番号	0297-45-7733
・ファックス番号	0297-20-6611
・管理者名	石井 龍太

(2) 通所リハビリテーションの目的と運営方針

通所リハビリテーションは、利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、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）を提供し、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的とする。

事業の運営にあたっては、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるよう努める。

(3) 施設の職員体制

		業務内容
・医師	1 名	診察・健康管理
・介護職員	8 名以上	介護全般
・支援相談員	1 名	相談業務、
・理学療法士・作業療法士	2 名以上	リハビリテーション

(4) 通所定員 1 日 60 名（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）とする。

(5) 営業日 日曜・祝日を除く毎週月曜日から土曜日までの 6 日間を営業とする。月曜日の振替休日（ハッピーマンデー）は営業とする。ただし、12 月 31 日から 1 月 3 日までは除く

2. サービス内容

①通所リハビリテーション計画の立案

②食事

昼食 12 時 30 分～13 時 30 分

③医学的管理・看護

④介護

⑤リハビリテーション

⑥相談援助サービス

⑦栄養状態の管理

3. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、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 医療法人 慶友会 守谷慶友病院
- ・住 所 茨城県守谷市立沢 980-1

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 事業所利用に当たっての留意事項

- ・ 事業所利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、事業所は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 事業所敷地内は全面禁煙となります。
- ・ 火気の取扱いは、事業所内では原則禁止となります。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、必要なもの以外は制限する場合があります。
- ・ 金銭・貴重品の持ち込みは禁止となります。
- ・ 宗教活動は、禁止する。
- ・ ペットの持ち込みは、禁止する。

5. 非常災害対策

- ・ 防災訓練の際にはご協力下さい。

6. 事故発生時の対応

- ・ 通所サービス利用中に事故が発生した場合、管理者の指示の下、ご家族に連絡し、必要な措置を講じます。

7. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、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。

8. 要望及び苦情等の相談

当事業所には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話 0297-45-7733)

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

9. その他

- ・ 当事業所についての詳細は、パンフレットを参照ください。

(第三者による評価の実施状況)

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

《1日の流れ》

8:00～10:00	お迎え（1便・2便）
9:00～12:00	バイタルチェック 個別リハビリ・入浴・手作業
12:20～	食事前の嚥下体操（DVD）
12:30～	昼食
13:30～	運動教室 個別リハビリ・入浴 レクリエーション（音楽療法等）
14:30～	おやつ・お茶
14:50～	帰りの準備
15:20～	お送り（1便）
16:15～	お送り（2便）

《ご持参品につきまして》

必ず持参していただくもの

- ① ポーチ（本日お渡し済。水色のチャック付きの袋）
- ② 通所記録ファイル（本日お渡し済。水色のファイル。）
- ③ バッグ（ご自身でご用意ください。本日お渡しした名札を付けてお持ち下さい。）
- ④ マスク（感染予防の為 マスクの着用をお願いしています）

必要時持参していただくもの

- ① 薬（食前薬・食後薬・頓服・点眼薬・処置薬・貼付薬等。紛失や誤薬のため、1日分のみご持参願います。）
- ② 入浴時の着替え（紛失等防止のため、全て名前ご記入下さい）
- ③ 脱いだ衣類を持ち帰る袋（レジ袋等）
- ④ 薬の説明書（受診してお薬が処方されましたら、お薬の内容の有無にかかわらず、ご持参ください。コピーをさせていただきます、ご返却致します。）

《お支払いにつきまして》

- ・請求書は、毎月10日までに発行し、ポーチにお入れ致します。
- ・支払方法は、口座振替（ゆうちょ銀行のみ。毎月17日振替）、又は、現金支払いよりお選びください。

現金支払いの場合は、利用料を当月中にポーチの中に入れて持参、または事務所への持参をお願い致します。お支払いいただきますと領収書を発行します。

（受付時間9:00～16:00 日曜・祭日を除く）

口座振替の場合、手数料は一切発生しません。事務処理の関係で引き落としが間に合わない場合は、翌月に2ヶ月分引き落としになる場合があります。

《注意事項・お願い》

- ① ご利用時間内に、医療機関（ひがしクリニック慶友等）を受診することは出来ません。（薬のみの処方を含む）
- ② お休みの際は、通所記録や電話等でご連絡をお願い致します。（当日お休みされる場合は、送迎の関係上、早めのご連絡をお願い致します）。
- ③ 持ち物や衣類には、すべて名前の記入をお願い致します。記名の無い場合は、取り違い防止のため、こちらで記名させていただきます。
- ④ 運動をしますので、動きやすい服装、滑りにくくかかとのある靴でお越し下さい。

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）について

1. 介護保険証の確認

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。

2. 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）についての概要

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）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当事業所を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・身元引受人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

（1）通所リハビリテーションの基本料金（令和6年6月1日介護報酬改定時点）

事業所利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です）

大規模事業所（特例）

一 割 負 担	内容		金額（単位）	備考
	要介護区分 1	1 回	715 単位	利用者の介護区分によって金額が変わります。（利用時間 6～7 時間）
	要介護区分 2	1 回	850 単位	
	要介護区分 3	1 回	981 単位	
	要介護区分 4	1 回	1137 単位	
	要介護区分 5	1 回	1290 単位	
	提供体制加算④	1 回	24 単位	利用者 25 名に対して 1 名以上の理学療法士等の配置（利用時間 6～7 時間）
	入浴介助加算	1 回	40 単位	一般浴槽・特別浴槽を利用した場合
	中重度者ケア体制加算	1 回	20 単位	専従の看護職員の配置 要介護者 3. 4. 5 の割合が 30%以上
	サービス提供体制加算（Ⅰ）	1 回	22 単位	介護福祉士が 50%以上配置
	科学的介護推進体制加算	月額	40 単位	科学的介護情報システム（LIFE）の実施と厚生労働省への情報提出
	介護職員等処遇改善加算（1）	1 回	所定の単位数に 8. 6% を乗じた単位数	
	マネジメント加算 11	月額	560 単位 （1～6 ヶ月）	リハビリテーション会議を定期的に行う等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施。
	マネジメント加算 12	月額	240 単位 （6 ヶ月以降）	
地域区分が 5 級地の為、1 単位が 10. 55 円となります。				

※その他該当者

大規模事業所（特例）

一割負担		1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
	要介護 1	369	383	486	553	622	715
	要介護 2	398	439	565	642	738	850
	要介護 3	429	498	643	730	852	981
	要介護 4	458	555	743	844	987	1137
	要介護 5	491	612	842	957	1120	1290
地域区分が 5 級地の為、1 単位が 10.55 円となります。							

一割負担	内容	単位	金額（単位）	備考
	マネジメント加算 21	月額	593 単位 (1～6 ヶ月)	リハビリテーション会議を定期的開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施。科学的介護情報（LIFE）の提出とフィードバックをし、厚生労働省へ提出する。
	マネジメント加算 22	月額	273 単位 (6 ヶ月以降)	
	短期集中個別リハ加算	1 日	110 単位	退院、退所、新規認定後 3 ヶ月以内の対象者のみ 週 2 日以上ご利用の方
	認知症短期集中リハ加算Ⅰ	1 日	240 単位	退院、退所、新規利用後 3 ヶ月以内の対象者のみ。週 2 日を上限とし個別リハを提供
	認知症短期集中リハ加算Ⅱ	月額	1920 単位	
	生活行為向上リハ加算	月額	1250 単位	利用開始日の属する月から 6 月以内の対象者のみ。1 月 1 回以上の居宅訪問、リハ会議の実施
	送迎減算	1 回	-47 単位	ご家族送迎時片道 47 単位減算となります
	入浴介助加算Ⅱ	1 回	60 単位	自宅訪問し浴室の環境を評価、環境整備の助言、入浴計画の作成、自宅に近い環境にて入浴介助の提供
	重度療養管理加算	1 回	100 単位	介護度 3・4・5 の方で特定の状態に該当する利用者
	退院時共同指導加算	1 回	600 単位	退院時共同指導を行った後、1 回に限り、所定単位数を加算する。
地域区分が 5 級地の為、1 単位が 10.55 円となります。				

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金〈月額〉

事業所利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は、1月当たりの自己負担分です）

介護予防・通所サービス料金表

一割負担

内容	単位	金額（単位）	備考
要支援 1	月額	2268	
要支援 2	月額	4228	
サービス提供体制加算（Ⅰ）	月額	要支援 1 88 要支援 2 176	介護福祉士が 50%以上を配置
科学的介護推進体制加算	月額	40 単位	科学的介護情報システム（LIFE）の実施と厚生労働省への情報提出
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	月額	所定の単位数に 8.6%を乗じた単位数	
12 ヶ月超減算（Ⅰ） 1		減算なし	算定要件 12 月を超えて介護予防通所を行う場合の減算を行わない基準 ・ 3 ヶ月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催。 ・ リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出。
	月額	要支援 1 -120 単位減算	算定要件を満たさない場合減算
	月額	要支援 2 -240 単位減算	
地域区分が 5 級地の為、1 単位が 10.55 円となります。			

※その他該当者

一割負担	内容	単位	金額（単位）	備考
	生活行為向上リハ加算	月額	562 単位	利用開始日の属する月から 6 月以内の対象者のみ。1 月 1 回以上の居宅訪問、リハ会議の実施
	退院時共同指導加算	1 回	600 単位	退院時共同指導を行った後、1 回に限り、所定単位数を加算する。
	地域区分が 5 級地の為、1 単位が 10.55 円となります。			

(3) その他料金

自己負担分

自己負担分	昼食	1食	850	調理日・材料費・おやつ代込 ※原則として食堂でおとりいただきます。なお、(介護予防)通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。
	日常生活費	1日	200	石鹸、消毒、ボディーソープ、シャンプー、バスタオル、フェイスタオル等
	教養娯楽費	1日	100	レクリエーション活動や教養娯楽費に使用する材料費等
	紙オムツ代金	1枚	170	(パンツ型)
その他費用	紙オムツ代金 キャンセル料	1枚	80	(平角型)
		1枚	200	(オムツ型)
		1枚	70	(尿取りパット)
		1回	3000(税込)	利用日(当日)のキャンセル料金
	キャンセル料 その他の費用	1回	1000(税込)	利用日前日のキャンセル料金
		1回	実費(税込)	行事費・医療材料・郵送(連絡文書切手代)等の費用

送迎に関する説明

安全で円滑な送迎を提供させていただくに当たり、利用者様、ご家族の皆様にご当施設の運営規定をご理解いただき、ご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

- 1) 原則として、玄関までのお迎え、玄関までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人様、ご家族様と話し合いをし、当施設でできる範囲内のサービスを提供させていただきます。
- 2) 季節により暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。
送迎介助スタッフがお声をかけますので、自宅の中でお待ち下さい。
- 3) お迎え、お送りの時間が通常と大きく異なる場合には事前に連絡します。
交通事情等で多少の到着時間の遅れはご容赦下さい。
- 4) 乗車中はシートベルトの着用にご協力をお願いします。
- 5) 送迎スタッフ到着後、長時間滞在することは他の利用者様にご迷惑を掛けてしまうことになります。
スムーズで安全な送迎を行う為に、ご本人様、ご家族様のご協力をお願いします。
- 6) その他、鍵管理、エアコン、電気のつけ消しなどは、ご本人様、ご家族様と話し合いの上、当施設でできる範囲内のサービスを提供させていただきます。

個人情報の利用目的

(令和3年4月1日現在)

通所リハビリテーション ダ・ジャーレもりやでは、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
 - －入退所等の管理
 - －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
 - －当施設において活動報告及び広報資料

〔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

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）

ダ・ジャーレもりや利用同意書

医療法人 慶友会 通所リハビリテーション ダ・ジャーレ もりや を利用するにあたり、先に述べたこれらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

同意する ☐

個人名 及び 写真・作品等についての使用同意書

以下のような場合に個人名及び写真・作品等を公表することに同意いたします。

- 1、サービス事業所間での連携時
- 2、事業所が作成する新聞や文書等の発行時
- 3、事業所内での展示物
- 4、事業所のホームページに掲載時

同意する ☐ 同意しない ☐

<利用者>

住 所

氏 名

印

<身元引受人>

住 所

氏 名

印

年 月 日

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	自宅： 携帯：

医療法人慶友会
通所リハビリテーション
管理者 石井 龍太 殿

施設利用時リスク説明書

通所リハビリテーション
ダ・ジャーレもりや

利用者： _____ 様

当施設では利用者が快適な通所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、リハビリテーションの実施や利用者の身体状況、疾患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。

また、受診・食物の持ち込み等について、下記の注意事項をご確認下さい。

〈ご確認頂けましたら、□にチェックをお願いします。〉

《高齢者の特徴に関しまして》

- ☐ 通所リハビリテーションはリハビリテーション施設であり、関節や筋の機能低下や日常生活動作能力の低下に対して、機能の維持・回復を図ることを大きな目的としています。原則的に身体拘束を行わないことから、転倒・転落による骨折・外傷等を引き起こす事故につながる可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、日常の生活動作に置いて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し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し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、脳や心臓の疾患により急変・急死される場合もあります。

《注意事項について》

- ☐ 貴重品や金銭等の持ち込みは禁止とさせて頂いております。携帯電話・パソコン等自己管理可能な方に関しましては、持ち込みいただく事も可能ですが、故障・紛失等のトラブルの際、当施設では一切の責任を持てません。自己管理や自身での操作が出来ない方は、持ち込みをご遠慮ください。
- ☐ 飲食物のお持ち込みについては、ご遠慮頂きますようご協力ください。
- ☐ 保険適用の関係上、利用時間内での受診はできません。ご家族と受診後または利用終了後の受診をお願い致します。
- ☐ 体調不良時は、ご家庭に連絡をさせていただきます。緊急時以外で、受診が必要な場合は、御家族にて対応をお願い致します。
- ☐ 集団感染の危険がある疾患の疑い時には、マスクの着用等、職員の指示に従っていただきます。

その他、ご不明な点がございましたら、遠慮なくご相談下さい。

私は、上記項目について、通所リハビリテーションダ・ジャーレもりやの説明担当者より、貴施設利用時のリスク・注意事項について説明を受け、十分に理解しました。

年 月 日 ご家族 _____ 印

(続柄 _____)

以上