

令和6年12月9日 現在

医療法人名南会
中川診療所

通所リハビリテーション(デイケア)
介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称	中川診療所
主たる事務所の所在地	名古屋市中川区一色新町3丁目1209-2
法人種別	医療法人
代表者名	山口 達也
電話番号	052-301-2631
FAX 番号	052-301-3018

2. ご利用事業所及びサービス提供地域

サービス種類	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
指定日	平成12年1月28日
指定番号	愛知県2311001321号
電話番号	052-301-2631 (携帯)090-9662-5862
通常のサービス提供地域	<p>中川区の次の範囲…伏屋三・四丁目、助光一・二・三丁目、前田西町三丁目、大当郎一・二・三丁目、一色新町一・二・三丁目、下之一色町、打中一・二丁目、打出一・二丁目、打出本町、法華西町、中須町、法華一・二丁目、高杉町、西中島一・二丁目、東起町、江松一・二・三・四・五丁目、江松西町、榎松町、榎津西町、かの里一・二・三丁目、東かの里町、水里一・二・三丁目、富永一丁目</p> <p>港区の次の範囲…明正一・二丁目、当知四丁目、船頭場一・二・三・四・五丁目、小賀須一・二・三・四丁目、知多一丁目、福田一・二丁目、八百島一・二丁目、東蟹田、西蟹田</p>

* 上記以外の地域の方でもご希望の方は、ご相談ください。

3. サービスの目的

介護認定調査の結果、要介護または要支援と区分された方を対象に、介護保険法令の趣旨に従って、地域からひきこもり症候群・寝たきり症候群をなくし、利用者の心身の機能の維持回復を図る事を目的とします。また、利用者の友達を作り、趣味活動を支援します。

4. 運営方針

- 1.ひとりひとりの思いを大切にします
- 2.ひとりひとりの笑顔・心地よさを大切にします
- 3.地域の方と共に暮らしやすいまちづくりをしていきます

デイケア三ヶ条

- ① 残存機能の活用 ②自己決定権の尊重 ③「ダメ」と言う前に聞く

5. 事業所の職員体制(2024年12月時点)

区分	人数	主な職務内容
医師	1名(常勤)	医師は、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)計画の策定を従業者と共同して作成するとともに、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)の実施に関する従業者への指示
理学療法士	2名 (常勤)	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)計画の策定
作業療法士	1名 (常勤)	運営管理、サービスの提供 個別リハビリの提供
介護福祉士	5名 (常勤、非常勤)	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)計画の策定
介護職員	2名 (常勤、非常勤)	運営管理、サービスの提供
看護師	0名 (非常勤)	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)計画の策定 運営管理、サービスの提供

6. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(国民の休日、12月30日～1月3日を除く)
営業時間	午前8時30分～午後5時(サービス提供時間は午前9時30分～午後3時40分)

支払い方法について

- ・ 毎月毎のお支払いとなります。毎月15日前後に請求書をお渡しします。診療所窓口へ直接お支払いして頂くか、お渡した請求書ファイルに現金を入れて参加時に持参されましてら清算させていただきます。利用者様・家族の状況により窓口でのお支払いが困難な場合はご相談承ります。

7. 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

- (1) 6時間以上8時間に満たない通常規模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)
- (2) 居宅と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(介護予防通所リハビリテーション)間の送迎
- (3) 食事の提供と食事介助
- (4) 入浴
- (5) 医学的管理の下で要支援者・要介護者に対する心身の健康回復のため、医師等の従事者が共同で作成した、リハビリテーション計画に基づき、下記①を目的とし、②の訓練等を行います。

① 目的

- ・筋力の低下防止
- ・生活の質の維持向上
- ・社会性の維持向上
- ・寝たきり防止
- ・精神状態の改善
- ・その他、利用者様の改善等

目的(介護予防)

- ・筋力・体力の維持、向上
- ・認知症の予防
- ・社会性の維持向上
- ・その他、利用者様の改善等

② 訓練等

- ・手工芸用具を使った趣味的活動
- ・日常生活動作に関する訓練
- ・自助具適用・使用訓練
- ・運動療法
- ・物理療法
- ・歩行訓練、基本的動作訓練

訓練等(介護予防)

- ・手工芸用具を使った作業療法
- ・日常生活動作に関する訓練
- ・自助具適用・使用訓練
- ・運動療法 ・物理療法
- ・歩行訓練、基本的動作訓練
- ・自己による筋力体力UPの体操指導

サービス利用にあたっての留意事項

1. デイケア利用時はカバン(B5サイズのファイルが入るもの)を持参して下さい。帰りに連絡ノートをお渡しします。ご家族の方は是非お読みください。帰りにお渡しします。毎利用時にお持ち下さい。入浴ご希望の方は着替え、バスタオル、タオルをご持参下さい。
2. 当施設は禁酒禁煙となっております。
3. 原則としてスケジュールに従って一日を過ごして頂くこととなっております。
4. 気分が悪くなったときは速やかに申し出て下さい。
5. 時間に遅れた場合には、送迎が受けられない場合があるので気をつけて下さい。
6. 送迎は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)から自宅です。他のところに寄ることはできませんのでご了承願います。
7. 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)利用時は利用者様のみでの当施設外への外出はご遠慮願います。
8. 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)利用時の診療所での受診は原則としてできないことになっておりますのでご了承願います。(急変時は除く)
9. デイケア内での利用者様同士、スタッフやボランティアとの金銭、物のやり取りはトラブルの元となりますので一切ご遠慮願います。
10. 職員へのお心遣いは固くご遠慮させていただいております。
11. 当日朝9時までに利用キャンセルの連絡が無い場合、急遽体調の変化により早退した場合は食事費 510(外税)円は請求させていただきます。
12. 本人様、ご家族の方でサービス提供記録や当通所リハビリテーション事業計画、財務内容などをご観覧されたい場合は、お気軽にデイケアスタッフに声をおかけください。いつでも閲覧することが出来ます。
13. 天候状況(台風・大雪・暴風など)により営業が急遽中止、中断する場合があります。警報の発令の有無ではなくその状況により判断させていただきます。その場合はこちらからご連絡させていただきますのでご理解願います。
14. 利用中止をお願いする場合
 - ・入院等により、3ヶ月以上ご利用が無い場合。
 - ・利用料の滞納が3ヶ月続いた場合。
 - ・集団生活に支障を来し、安全性が確保できないと施設長が判断した場合。
 - ・暴力行為等、他利用者に迷惑がかかり、精神科の専門的アプローチが必要と施設長が判断した場合。

8. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、利用者様に対し必要な措置を講じます。
- (2) 利用者様の家族、保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡致します。

9. 非常災害対策

消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第 8 条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行なう。

- (1) 防火管理者は事業所管理者を当て、火元責任者には事業所看護師を当てる。
- (2) 始業時・終業時には火災危険防止の為、自主的に点検を行なう。
- (3) 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は常に有効に保持するよう努める。
- (5) 火災の発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たる。
- (6) 防火管理者は、従業員に対して、防火教育、消防訓練を実施する。
 - ①防火教育及び基本訓練(消火、通報、避難) 年 1 回以上
 - ②利用者を含めた総合訓練 年 1 回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法的徹底 随時
- (6) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制を取る。

10. その他運営に関する留意事項

- 1 従業員の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。
 - ①採用時研修 採用後 3 ヶ月以内
 - ②継続研修 年 1 回
- 2 従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨の従業員との雇用契約の内容とする。
- 4 この規定に定める事項の外、運営に関する重要事項は医療法人名南会中川診療所が定めるものとする。

11. 苦情等相談窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、窓口責任者の事務長 寺下:電話052-301-2631までお気軽にご相談下さい。責任を持って調査、改善させていただきます。

当デイケア以外に市町村、国民健康保険団体連合会にも相談・苦情窓口がございますのでご相談下さい。

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課・・・052-959-3087

国民健康保険団体連合会苦情窓口・・・052-971-4165

個人情報使用同意のお願い

事業者保管用

事業者は利用者に関する守秘義務を守ります。つきましては、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)利用者様およびその御家族の個人情報を以下に記載する使用目的についてご同意をお願い致します。

(1) 使用する目的

事業者が介護保険に関わる法令に従い、指定居宅サービスを円滑に実施するためにおこなう利用調整(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)サービス提供に関して必要な書類の作成等)において必要な場合。また、緊急時・災害時において生命、身体の保護のため、利用者様の安否情報を行政に提供する場合。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)内の新聞に掲載する場合

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は上記(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供に際しては、関係者以外には決して漏れることの無いよう事業者は細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は個人情報を使用した相手方、内容等について記録しておくこと。

(3) 個人情報の内容(例示)

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、感染症、家族状況その他一切の利用者様やご家族に関する情報。
- ② その他個人のプライバシーに関わる情報

(4) 使用する期間

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)契約の有効期限と同じとします。

契約日 年 月 日

当事業者は、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)の提供開始にあたり、「個人情報同意お願い」に関する説明を行い同意を得ました。				
事業者 医療法人名南会 中川診療所指定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) 名古屋市中川区一色新町3丁目1209-2 TEL052-301-2631 Fax052-301-3018 代表者名 大森 久紀 印				
私は、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)サービスの利用開始にあたり、「個人情報同意お願い」の説明を受け、個人情報使用に関する事項に同意しました。				
(ふりがな) 利用者	印	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	
住所		電話		
私は本人の契約意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。				
(ふりがな) 氏名	印	性別 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日	本人との続柄
住所		電話		
説明担当者		印		

個人情報使用同意のお願い

利用者様保管用

事業者は利用者に関する守秘義務を守ります。つきましては、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)利用者様およびその御家族の個人情報を以下に記載する使用目的についてご同意をお願い致します。

(1) 使用する目的

事業者が介護保険に関わる法令に従い、指定居宅サービスを円滑に実施するためにおこなう利用調整(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)サービス提供に関して必要な書類の作成等)において必要な場合。また、緊急時・災害時において生命、身体の保護のため、利用者様の安否情報を行政に提供する場合。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)内の新聞に掲載する場合

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は上記(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供に際しては、関係者以外には決して漏れることの無いよう事業者は細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は個人情報を使用した相手方、内容等について記録しておくこと。

(3) 個人情報の内容(例示)

- ③ 氏名、住所、健康状態、病歴、感染症、家族状況その他一切の利用者様やご家族に関する情報。
- ④ その他個人のプライバシーに関わる情報

(4) 使用する期間

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)契約の有効期限と同じとします。

契約日 年 月 日

当事業者は、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)の提供開始にあたり、「個人情報同意のお願い」に関する説明を行い同意を得ました。				
事業者 医療法人名南会 中川診療所指定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) 名古屋市中川区一色新町3丁目1209-2 TEL052-301-2631 Fax052-301-3018 代表者名 大森 久紀 印				
私は、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)サービスの利用開始にあたり、「個人情報同意お願い」の説明を受け、個人情報使用に関する事項に同意しました。				
(ふりがな) 利用者	印	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	
住所		電話		
私は本人の契約意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。				
(ふりがな) 氏名	印	性別 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日	本人との続柄
住所		電話		
説明担当者		印		

中川診療所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

利用契約書

事業者保管用

契約日 年 月 日

当事業者は、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)の提供開始にあたり、「重要事項説明書」に関する説明を行い同意を得ました。
事業者 医療法人名南会
中川診療所指定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)
名古屋市中川区一色新町3丁目1209-2 TEL052-301-2631 Fax052-301-3018
代表者名 大森 久紀 印

私は、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)サービスの利用開始にあたり、「重要事項説明書」の説明を受け、内容に同意しました。

(ふりがな) 利用者	印	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日
---------------	---	-----------	---------------------

住所	電話
----	----

私は本人の契約意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。

(ふりがな) 氏名	印	性別 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日	本人との続柄
--------------	---	-----------	-------------------	--------

住所	電話
----	----

説明担当者	印
-------	---

利用曜日	月・火・水・木・金・土
デイケア送迎	有・無(家族・本人) 特記事項:
オムツ	使用(本人持ち・デイケア)・必要なし
福祉用具	杖・車椅子・歩行器・シルバーカー・その他()・無
眼鏡	有・無
補聴器	有・無
義歯	有・無
その他本人家族との取り決め	

中川診療所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

利用契約書

利用者様保管用

契約日 年 月 日

当事業者は、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)の提供開始にあたり、「重要事項説明書」に関する説明を行い同意を得ました。
事業者 医療法人名南会
中川診療所指定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)
名古屋市中川区一色新町3丁目1209-2 TEL052-301-2631 Fax052-301-3018
代表者名 大森 久紀 印

私は、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)サービスの利用開始にあたり、「重要事項説明書」の説明を受け、内容に同意しました。

(ふりがな) 利用者	印	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日
---------------	---	-----------	---------------------

住所	電話
----	----

私は本人の契約意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。

(ふりがな) 氏名	印	性別 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日	本人との続柄
--------------	---	-----------	-------------------	--------

住所	電話
----	----

説明担当者	印
-------	---

利用曜日	月・火・水・木・金・土	
デイケア送迎	有・無(家族・本人)	特記事項:
オムツ	使用(本人持ち・デイケア)・必要なし	
福祉用具	杖・車椅子・歩行器・シルバーカー・その他()・無	
眼鏡	有・無	その他本人家族との取り決め
補聴器	有・無	
義歯	有・無	