

令和 8 年 6 月 1 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	理事長 大森 久紀
電話番号	052-692-2388
FAX 番号	052-692-6384

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
管理者	所長 高木 万起子
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	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 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

* 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(2026年6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	<u>1名</u> (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 個別リハビリの提供
作業療法士	<u>1名</u> (常勤)	
介護福祉士	<u>5名</u> (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 運営管理、サービスの提供
介護職員	<u>2名</u> (常勤、非常勤)	
看護師	<u>0名</u> (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)
電話対応時間及び電話番号	月～金(午前8時30分～午後5時) 土(午前8時30分～午後12時) ・(052)301-2631(中川診療所) 土(午後12時～午後5時) ・PHS 090-9662-5862

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。
以下のお支払い方法を選択して頂くことができます。
 1. 診療所窓口で直接お支払い
 2. お渡しする請求書ファイルに現金を入れてデイケア参加時に清算
 3. 銀行又は郵貯口座より口座振替
 4. 銀行等の窓口よりお振込

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7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、利用者様本人に合わせた内容を提供します。

① 目的

- ・日常生活動作の能力、体力・筋力、生活の質、社会性の維持・向上
- ・認知面、精神状態の改善 等

② リハビリテーション内容

- ・日常生活動作リハビリ (歩行・階段・トイレ動作・入浴動作)
- ・機能向上リハビリ (個別、集団、生活)・ 定期的な身体機能の評価

※当通所リハビリでは、個別での対応以外にも一日のプログラムが、リハビリになるように工夫して行っています

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。毎利用時にお持ち下さい。
入浴を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(午前9時半以降)には、送迎が受けられない場合があります。
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. デイケア利用当日午前9時までに利用キャンセルの連絡が無い場合又は、急遽体調の変化により早退した場合には食事費 **600** 円を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(カルテ)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

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. 身体の拘束について

当施設は身体拘束を行っておりません。しかし、色々な方法を用いても安全性が確保できないと医師が判断した場合のみご家族に説明の上、許可を頂くことになっております。

11. 虐待の防止について

当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を毎月定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年 2 回定期的に実施する。
- (4) 上記 (1) から (3) までを適切に実施するための担当者を置く。

12. その他運営に関する留意事項

1. 従業者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. 従業者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. 従業者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者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。

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 <u>あり</u>	実施日	
		結果の開示	1 <u>あり</u> 2 なし
	2 なし		
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 <u>なし</u>		

13. 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 指導担当・・・052-959-3087

国民健康保険団体連合会苦情窓口・・・052-971-4165

事業者保管用

(1) 使用する目的

(2) 使用にあたっての条件

- (3) 個人情報の内容(例示)

- (4) 使用する期間

契約日 年 月 日

事業者 医療法人会南会

代表者名 大森 久紀

印

(ふりがな)

利用者

印

性别

男・女

牛年月日

明·大·昭

年

月 日

住所

電話

(ふりがな)

氏名

印

性別

男・女

牛年月日

大・昭

年

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)内の新聞に載せる場合

(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、以下に署名を行いました。(ご家族署名欄)			
(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、以下に署名を行いました。(ご家族署名欄)

(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	

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、以下に署名を行いました。(ご家族署名欄)

(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	