

重要事項説明書

坂の上在宅リハビリセンター

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)

当事業者が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)の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 心
主たる事務所の所在地	浜松市中央区小豆餅4丁目4-20
電話番号	(053) 416-1640
法人の種別及び名称	医療法人社団 心
代表者職・氏名	理事長 小野 宏志
事業所の名称	坂の上在宅リハビリセンター
事業所の所在地	浜松市中央区幸4丁目36-3
事業所の連絡先	053-416-2017
施設長	坂田 稔之
担当医師	坂田 稔之
介護保険事業所番号	2257280095
指定(開設)年月日	平成27年4月1日
交通の便	遠州鉄道 上島駅よりタクシーで10分(約1.6Km)
通常の事業の実施地域	通常の送迎の実施区域(概ね6km圏内) 葵西・葵東・旭町・小豆餅・有玉北町・有玉台・有玉西町・有玉南町・池町・泉町・板屋町・市野町・内野・内野台・海老塚・海老塚町・大島町・大瀬町・尾張町・鍛冶町・上新屋町・上島・上西町・鴨江・鴨江町・北田町・北寺島町・木戸町・元目町・小池町・神立町・紺屋町・幸・栄町・肴町・篠ヶ瀬町・佐藤・塩町・鹿谷町・蜷塚・十軒町・下池川町・将監町・城北・新津町・新明町・菅原町・助信町・砂山町・住吉・積志町・早出町・染地台・大工町・高丘北・高丘町・高丘西・高丘東・高林・高町・田町・千歳町・中央・天王町・伝馬町・利町・常盤町・富塚町・豊岡町・中郡町・中沢町・中田町・中山町・茄子町・成子町・西丘町・西ヶ崎町・西塚町・布橋・野口町・萩丘・旅籠町・八幡町・初生町・花川町・早馬町・原島町・半田町・半田山・東田町・東三方町・曳馬・曳馬町・平田町・広沢・船越町・文丘町・細島町・松城町・丸塚町・三方原町・三組町・宮竹町・元魚町・元城町・元浜町・山下町・山手町・連尺町・和合北・和合町・和地山 *それを超える地域については要相談

2 事業者の職員の概要(従業員者数)

令和7年4月1日現在

職 種	勤務の体制
施設長(管理者)	1名

医 師	1 名
理学又は作業療法士	2 名
看護又は介護職員	10 名

3 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) 施設の概要

定員	30名 (1単位)
ダイルーム	155.51 m ²
静養室	19.95 m ²
家族介護教室	39.90 m ²

4 サービスの提供時間

月～土	9：15～16：15
営業をしない日	日曜 12/31～1/3

5 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) の運営の方針

<ol style="list-style-type: none"> 1. 要介護者（要支援者）が、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるように適切な方法により作成されたサービス計画に基づき、世話及び機能訓練、リハビリテーション等を行なうものとする。 2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。 3. 地域や家族との結びつきを重視した運営を行ない、関係各市町村、居宅介護支援事業者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

6 利用料金

- (1) 当事業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) の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

☆通所リハビリテーション基本料金

7時間 以上 8時間 未満	要介護 1	762 単位
	要介護 2	903 単位
	要介護 3	1,046 単位
	要介護 4	1,215 単位
	要介護 5	1,379 単位
2時間 以上 3時間 未満	要介護 1	383 単位
	要介護 2	439 単位
	要介護 3	498 単位
	要介護 4	555 単位
	要介護 5	612 単位

3時間 以上 4時間 未満	要介護1	486単位
	要介護2	565単位
	要介護3	643単位
	要介護4	743単位
	要介護5	842単位

- 長時間のサービスの利用が困難である場合に、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6時間未満、の通所リハを行った場合は、基本料金が減算されます。
 - 1時間以上2時間未満のサービスを利用した場合、職員配置（常勤専従の理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置）の基準が整っている場合
 - ☆理学療法士等体制強化加算 30単位/回
 - リハビリテーション専門職の配置が人員基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合
 - リハビリテーション提供体制加算 3時間以上4時間未満 12単位/回
 - 4時間以上5時間未満 16単位/回
 - 5時間以上6時間未満 20単位/回
 - 6時間以上7時間未満 24単位/回
 - 7時間以上 28単位/回
 - 通所リハビリテーション計画上入浴介助を行うこととなっており、入浴介助を実施した場合
 - ☆入浴介助加算（Ⅰ） 40単位/回
 - 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価し、個別の入浴計画を作成し、当該計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行うこと
 - ☆入浴介助加算（Ⅱ） 60単位/回
 - 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- リハビリテーション計画の内容等について定期的にリハビリテーション会議を行う場合（6月以内：1月に1回以上、6月超：3月に1回以上）、介護の工夫に関する指導、助言を行う。

リハビリテーションマネジメント加算イ

- ※同意日の属する月から6月以内 560単位/月
- ※同意日の属する月から6月超 240単位/月

利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合

リハビリテーションマネジメント加算ロ

※同意日の属する月から6月以内 593 単位/月

※同意日の属する月から6月超 273 単位/月

リハビリマネジメント加算ロの要件を満たし、口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っておりリハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて厚生労働省に提出した情報を活用しており共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直し内容について関係職種に共有していること。

リハビリテーションマネジメント加算ハ

※同意日の属する月から6月以内 793 単位/月

※同意日の属する月から6月超 473 単位/月

事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合 270 単位/月

- 利用者に対し集中的に1週間2回以上、1回40分以上のリハビリを行った場合、退院(所)日より3月以内の場合

☆ 短期集中リハビリテーション実施加算 110 単位/日

- 利用者の認知機能や生活環境を踏まえ、短期間かつ集中的に生活機能を改善するためのリハビリを行った場合、退院(所)日より3月以内の場合(1週間に2日を限度)

☆ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 240 単位/日

- 利用者の居宅へ訪問し、リハビリの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画書を作成し、1月に4回以上、生活機能の向上に資するリハビリを行った場合、退院(所)日より3月以内の場合

☆ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 1,920 単位/月

- 低栄養状態又はそのおそれのある利用者、低栄養状態改善目的で、個別的に栄養管理を行い、それが利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合(1月に2回を限度)必要に応じ居宅を訪問する

☆ 栄養改善加算 200 単位/回

- 利用者毎に、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明している。利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合

☆ 栄養アセスメント加算 50 単位/月

- 従業者が利用開始時及び利用中6月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合(6月に1回を限度)

☆ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 20 単位/回

口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合(6月に1回を限度)

☆ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ 5 単位/回

- 口腔機能が低下又はそのおそれのある利用者、口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施

をした場合（1月に2回を限度）

☆口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位/回

口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合

☆口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 155 単位/回

☆口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 160 単位/回

- 利用者毎の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、必要な情報を活用している

☆科学的介護推進体制加算 40 単位/月

- 経腸栄養が行われている状態、褥瘡治療が行われている状態等、厚生労働大臣が定める状態であって、要介護 4 又は 5 に該当する場合

☆重度療養管理加算 100 単位/日

- 前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者数の総数のうち、要介護度 3、要介護度 4 又は要介護度 5 である者の占める割合が 100 分の 30 以上であり、指定基準に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算法で 1 名以上確保している場合（要支援を除く）

☆中重度者ケア体制加算 20 単位/日

- 利用者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入所者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は算定しない。

- 通所介護においてご利用様が自ら介護事業所に通う場合や介護事業所が送迎を行わない場合

☆マイナス 47 単位/日

- 医療機関を退院後早期に連続的に質の高いリハビリテーションを実施する観点から入院中に医療機関が算定したリハビリテーション実施計画書を入手し内容を把握、事業所の医師等が医療機関のカンファレンスに参加した場合

☆通所リハ退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度） 600 単位

- ..介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上

☆サービス提供体制強化加算Ⅰ 22 単位/日

- ..介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上

☆サービス提供体制強化加算Ⅱ 18 単位/日

- 指定通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上

☆サービス提供体制強化加算Ⅲ 6 単位/日

- 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の 86/1000 加算

*浜松市は地域区分 7 級地になりますので 1 単位が 10.17 円で計算されます。

★介護予防通所リハビリテーション基本料金

要支援 1	2,268 単位（月額）
要支援 2	4,228 単位（月額）

- 低栄養状態又はそのおそれのある利用者に、低栄養状態改善目的で、個別的に栄養管理を行い、それが利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合

☆栄養改善加算 200 単位/月

- 口腔機能が低下又はそのおそれのある利用者に口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をした場合

☆口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位/月

口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合

☆口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位/月

- 利用者毎の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、必要な情報を活用している

☆科学的介護推進体制加算 40 単位/月

- 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合

☆一体的サービス提供加算 480 単位/月

- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上

サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援 1 88 単位/月
要支援 2 176 単位/月

- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上

サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援 1 72 単位/月

- 利用者が、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入所者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応共同生活介護を受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費は算定しない。

- 医療機関を退院後早期に連続的に質の高いリハビリテーションを実施する観点から入院中に医療機関が算定したリハビリテーション実施計画書を入手し内容を把握、事業所の医師等が医療機関のカンファレンスに参加した場合

☆通所リハ退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度） 600 単位

- 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の 86/1000 加算

※浜松市は地域区分 7 級地になりますので 1 単位単価が 10.17 円で計算されます。

※この他「指定施設サービスに要する費用の算定に関する基準」（厚生省告示第 21 号）に規定される介護老人保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金をご負担いただきます。

(2) 食費

875 円/回

(3) その他の費用（別紙）

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、おむつ代等、その他の日常生活において通常必要とされる費用は利用者の負担となります。

(4) 料金の支払方法

当施設にお支払い頂く利用料金については、1月ごとの精算とします。毎20日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求致します。お支払方法は、預金口座自動引落としにてお願い致します。引落し日は翌々月の8日となります。尚、領収書は引落日の請求書に同封させていただきます。

(5) キャンセル料

ご都合により当日のサービスをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の当日の午前8時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日の午前8時までにご連絡がなかった場合	食費相当分

(6) その他

利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、浜松市の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の負担割合に応じた額を差引いた額）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員が、当事業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)の内容等について説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、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)計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者(地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕)にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の30日前までに文書で申出てください。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・利用者が介護保険施設に入所又は入院した場合。
ただし、退院、退所後に状態変化や居宅サービス計画書の内容に変更がない場合は利用継続とさせていただきます。
- ・利用者の要介護度(要支援度)が非該当(自立)と認定された場合。

- ・利用者が亡くなったとき。

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や利用者の家族に対して社会通念上、逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・サービスの利用料金を 2 ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 従業者の指示に従って下さい。
- 相互に親和を図り争い事を避けるように努めて下さい。
- 常に身の廻り・身体及び衣類を清潔に努めること。
- 利用者間の現金や物のやりとりは行わないで下さい。
- 相互に金銭及び物品の貸借はしないようにして下さい。
- 施設の設備及び備品の取り扱いは丁寧に行ってください。
- 喫煙：施設内・敷地内は禁煙です。
- 異常を発見した場合は直ちに職員に通報すること。

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

内 容：送迎、機能訓練、入浴、食事、排せつ、生活相談、その他
*サービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくこともあります。

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

1 0 事故発生時の対応

事業者のサービス提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じ、すみやかに関係各所、利用者の家族等に連絡します。

1 1 緊急時の対応方法

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) の提供中に利用者に容体の変化等があった場合は、速やかにご家族等に連絡します。また、緊急を要する

状態と判断した場合には救急隊を要請することがあります。

(1) 診察等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医： _____

連絡先： (_____) _____

1.2 虐待防止について

当事業者は利用者の人権擁護・虐待防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する委員会を設け、虐待等の発生の防止、早期発見等の対策を検討します。
- (2) 当事業者の従業員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (3) 当事業者の従業員または、介護者や家族等による虐待が疑われる場合は、すみやかに市町村に通報します。

1.3 非常災害対策等

非常時の対応	施設内の防災対策には万全を努めております。災害発生時には、職員の指示に従ってください。
平常時の防災訓練等	年2回以上
防災設備	スプリンクラー、消火器、消火栓、誘導灯、自動火災報知設備 放送設備、避難器具、防火扉、非常用電源

1.4 苦情処理

当事業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)の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 江頭 学 _____

電話番号 053-416-2017 _____

時間 9:00~17:00 (平日) _____

その他参考事項

継続管理の徹底をはかり、サービスの利用状況を把握し、利用者の支援をはかる。市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

浜松市中央区役所	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-457-2324
東行政センター内	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-424-0184
西行政センター内	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-597-1119
南行政センター内	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-425-1572
浜名区役所内	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-585-1122

北行政センター内 (三方原地区以外)	担当窓口：長寿保険課 電話番号 053-523-2863
国民健康保険団体連合会	担当窓口：介護苦情相談 電話番号 054-253-5590

(別紙) 保険一部負担金以外の自己負担額

承 諾

<p>日常生活品費 180 円/日</p>	<p>ウエットティッシュ、ティッシュ、 おしぼり、バスタオル、タオル等</p>	<p>可・否</p>
<p>教養娯楽費 130 円/日</p>	<p>レクリエーション等で使用する材料費</p>	<p>可・否</p>
<p>通常の実施地域以外の送 迎費</p>	<p>通常の実施地域以外の場合、事業所から 6 km を 超えて 50 円/km×走行距離+消費税/片道の実費</p>	<p>可・否</p>
<p>基本時間外施設利用料 (30 分につき)</p>	<p>500 円</p>	<p>可・否</p>
<p>おむつ</p>	<p>パンツタイプ 1 枚 130 円 尿とりパッド 1 枚 70 円 ※ 各サイズ(S・M・L・LL)共通価格</p>	<p>可・否</p>
<p>歯ブラシ 口腔ケア用品</p>	<p>歯ブラシセット 口腔ケア用品 実費</p>	<p>可・否</p>
<p>その他</p>	<p>自己負担となるサービス 実費</p>	<p>可・否</p>

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

1. 個人情報保護の趣旨

当事業所が保有する利用者及びその家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

2. 個人情報使用の範囲

利用者及びその家族の個人情報の使用については、解決すべき問題など、情報を共有する必要がある場合及び下記の場合に使用させていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供にかかわる請求事務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため（部屋に氏名の表示等）
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- 利用者のご家族及び後見人などへの報告のため
- 当事業所の提供する居宅介護支援維持・改善にかかる資料のため
- 当事業所の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている関係機関から依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについて、その利用目的範囲内で使用する場合

3. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意をはらうこと。
- ② 個人情報をしようした会議、相手方、内容等の経過を記録していくこと。

承 諾 書

私（利用者及びその家族）は、坂の上在宅リハビリセンターを衣利用するにあたり、説明された以下の内容について承諾いたします。

1.初回利用時に顔写真を撮らせていただきます。

スタッフが個人の名前と顔を特定できるように、また与薬管理の際に誤薬を防ぐため、名前と写真の両方で確認できるようにしています。

2.行事やレクリエーション、ご利用時の様子を写真撮影することがあります。

撮影した写真を施設内に掲示して利用者様や来所されたご家族様に見ていただくことがあります。

また、毎月発行予定の「機関紙」に写真を掲載し、皆様のご様子をご家族様にお届けしていきます。なお、「機関紙」についてはホームページにも掲載させていただきます。

写真掲載については、以下の内容についてご承認ください。

⑤施設内への掲示 （ 可 ・ 不可 ）

⑥機関紙への掲載 （ 可 ・ 不可 ）

※その他、パンフレットや学会等、研究資料とし外部に出る場合は、写真の確認および、掲載について可否は各々させていただきます。

利用者様の様々な危険性についての説明書

利用者様が快適に一日を過ごしていただくため安全な環境作りに努めておりますが利用者様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〉（ご理解いただきましたら口にチェックをお願いします。）

- 歩行時の転倒、休憩用ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頸蓋内損傷等の危険性があります。
- 介護老人保健施設はリハビリ施設であること、原則的に拘束は行わないことから、転倒・転落等による事故の可能性がります。
- 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、少しの摩擦で原因がわからず皮膚の剥離や内出血がしやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状、当日の体調等により水分や食物を飲み込む力が低下することがあり誤嚥・誤飲・窒息をおこす危険性があります。
- 頭や心臓の疾患等により全身状態が急激に悪化される場合もあります。
- 利用中ご本人様の全身状態が急激に悪化した場合、ご家族様に連絡を差し上げます。ご本人様の状態により施設で送迎またはお迎えをお願いします。緊急を要する状態と判断した場合には救急隊を要請することがあります。
- 施設では、医療を必要とする方も多く、より多くの皆様にベッドを利用していただくため時間を制限させていただきご利用いただくこともありますのであらかじめご理解下さい。

これらのこと施設およびご自宅でも起こりうることです。事業所内でも注意して参りますがご理解の程お願い申し上げます。なお、上記でご不明な点がございましたら遠慮なくお尋ね下さい。

上記の契約書等により、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)に関する重要事項および契約についての説明を受けました。尚、利用料に関して説明を受け、選択いたしました。上記の契約の成立を証するため、この契約書を2通作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各自1通を所持します。

事業所

所在地：浜松市中央区幸4丁目36-3

名 称：坂の上在宅リハビリセンター

説明者：

年 月 日

(利用者)

住 所：

氏 名：

(代理人)

住 所：

氏 名：
