

さくら病院 通所リハビリセンター重要事項説明書

<令和 7年 4月 現在>

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 医療法人 さくら千寿会 |
| 代表者名 | 理事長 片山 外一 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 福井市下荒井町第21号44番地の1 (電話) 0776-39-1600 (FAX) 0776-39-1601 |

2 事業の目的

さくら病院通所リハビリセンターは要介護状態にある利用者様が、可能な限り居宅において、ご自身の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、リハビリテーションを行い、利用者様の心と健康の維持・回復に努めます。

3 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | さくら病院 通所リハビリセンター |
| 所在地・連絡先 | (住所) 福井市下荒井町第21号44番地の1 (電話) <u>0776-39-1703</u> (FAX) 0776-39-1701 |
| 事業所番号 | 1810120756 |
| 管理者の氏名 | 片山 寛次 |
| 利用定員 | 通所リハビリテーション (40名) |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 | |
|--------|------|------|
| 管理者 | 1 | 病院院長 |
| 医師 | 1 以上 | 兼務 |
| 理学療法士 | 3 以上 | 兼務 |
| 作業療法士 | 2 以上 | 兼務 |
| 言語聴覚士 | 1 | 兼務 |
| 看護師 | 1 以上 | |
| 相談員 | 1 以上 | |
| 介護職員 | 3 以上 | |
| 管理栄養士 | 1 | 兼務 |

(3) 事業の実施地域

| | |
|---------|---|
| 事業の実施地域 | 【福井市】 清明、麻生津、木田、足羽、みのり、 社北、社西、社南、六条、東郷、上文殊、文殊、 安居（飯塚町、水越町、西学園、大瀬町、角折町） 【鯖江】 鳥羽（つつじヶ丘、鳥羽、東米岡のみ） 立待（入町、吉江町、つつじヶ丘、米岡町のみ） |
|---------|---|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

※なお、上記実施地域を超える場合、中山間地域加算が発生いたします。

(4) 営業日

| | | |
|--------------|------------|--------------------|
| 営業日 | 営業時間 | 営業しない日 |
| 平日・土曜日 祝日 | 9：00～17：00 | 日曜日 12月31日～1月3日 |

4 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|----------|---|
| 食 事 | 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | 利用者の生活状況、身体能力に応じて適切な入浴介助を行うとともに、安全に入浴できるよう適切な援助を行います。 一般浴または機械浴、または寝台浴での入浴となります。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 利用者の状況に応じた個別のリハビリ訓練を行い、身体機能の維持回復や生活活動能力の維持・回復に努めます。 |
| レクリエーション | 利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送 迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。 |

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割または2割または3割が利用者の負担額となります。

【基本料】

要介護1（1日につき）

| 利用時間 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| 1時間以上2時間未満 | 3570円 | 363円 | 726円 | 1089円 |
| 2時間以上3時間未満 | 3720円 | 378円 | 756円 | 1134円 |
| 3時間以上4時間未満 | 4700円 | 477円 | 955円 | 1433円 |
| 4時間以上5時間未満 | 5250円 | 533円 | 1067円 | 1601円 |
| 5時間以上6時間未満 | 5840円 | 593円 | 1187円 | 1781円 |
| 6時間以上7時間未満 | 6750円 | 686円 | 1372円 | 2059円 |
| 7時間以上8時間未満 | 7140円 | 726円 | 1452円 | 2178円 |

要介護2（1日につき）

| 利用時間 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| 1時間以上2時間未満 | 3880円 | 394円 | 789円 | 1183円 |
| 2時間以上3時間未満 | 4270円 | 434円 | 868円 | 1302円 |
| 3時間以上4時間未満 | 5470円 | 556円 | 1112円 | 1668円 |
| 4時間以上5時間未満 | 6110円 | 621円 | 1242円 | 1864円 |
| 5時間以上6時間未満 | 6920円 | 703円 | 1407円 | 2111円 |
| 6時間以上7時間未満 | 8020円 | 815円 | 1631円 | 2446円 |
| 7時間以上8時間未満 | 8470円 | 861円 | 1722円 | 2584円 |

要介護3（1日につき）

| 利用時間 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| 1時間以上2時間未満 | 4150円 | 422円 | 844円 | 1266円 |
| 2時間以上3時間未満 | 4820円 | 490円 | 980円 | 1470円 |
| 3時間以上4時間未満 | 6230円 | 633円 | 1267円 | 1900円 |
| 4時間以上5時間未満 | 6960円 | 707円 | 1415円 | 2123円 |
| 5時間以上6時間未満 | 8000円 | 813円 | 1627円 | 2440円 |
| 6時間以上7時間未満 | 9260円 | 941円 | 1883円 | 2825円 |
| 7時間以上8時間未満 | 9830円 | 999円 | 1999円 | 2999円 |

要介護4（1日につき）

| 利用時間 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|------------|--------|--------------|--------------|--------------|
| 1時間以上2時間未満 | 4450円 | 452円 | 905円 | 1357円 |
| 2時間以上3時間未満 | 5360円 | 545円 | 1090円 | 1635円 |
| 3時間以上4時間未満 | 7190円 | 731円 | 1462円 | 2193円 |
| 4時間以上5時間未満 | 8050円 | 818円 | 1637円 | 2456円 |
| 5時間以上6時間未満 | 9290円 | 944円 | 1889円 | 2834円 |
| 6時間以上7時間未満 | 10770円 | 1095円 | 2190円 | 3285円 |
| 7時間以上8時間未満 | 11400円 | 1159円 | 2318円 | 3478円 |

要介護5（1日につき）

| 利用時間 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|------------|--------|--------------|--------------|--------------|
| 1時間以上2時間未満 | 4750円 | 483円 | 966円 | 1449円 |
| 2時間以上3時間未満 | 5910円 | 601円 | 1202円 | 1803円 |
| 3時間以上4時間未満 | 8160円 | 829円 | 1659円 | 2489円 |
| 4時間以上5時間未満 | 9120円 | 927円 | 1855円 | 2782円 |
| 5時間以上6時間未満 | 10530円 | 1070円 | 2141円 | 3212円 |
| 6時間以上7時間未満 | 12240円 | 1244円 | 2489円 | 3734円 |
| 7時間以上8時間未満 | 13000円 | 1322円 | 2644円 | 3966円 |

*当通所リハにて、ご自宅と通所リハ間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料金から470円（1割負担の方47円、2割負担の方95円、3割負担の方143円）が上記基本料から減額となります。

【加算部分】

| 項目 | 単位 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|---------------------------------|----|-------|--------------|--------------|--------------|
| サービス提供体制加算（Ⅱ） | 1日 | 180円 | 18円 | 36円 | 54円 |
| 中重度者ケア体制加算 | 1日 | 200円 | 20円 | 40円 | 61円 |
| 入浴介助加算Ⅰ | 1日 | 400円 | 40円 | 81円 | 122円 |
| 入浴介助加算Ⅱ | 1日 | 600円 | 61円 | 122円 | 183円 |
| 理学療法士等体制加算（1時間以上2時間未満） | 1回 | 300円 | 30円 | 61円 | 91円 |
| 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） | 1回 | 120円 | 12円 | 24円 | 36円 |
| リハビリテーション提供体制加算（4時間以上5時間未満） | 1回 | 160円 | 16円 | 32円 | 48円 |
| リハビリテーション提供体制加算（5時間以上6時間未満） | 1回 | 200円 | 20円 | 40円 | 61円 |
| リハビリテーション提供体制加算（6時間以上7時間未満） | 1回 | 240円 | 24円 | 48円 | 73円 |
| リハビリテーション提供体制加算（7時間以上8時間未満） | 1回 | 280円 | 28円 | 56円 | 85円 |
| リハビリテーションマネジメント加算（イ）（開始月から6月以内） | 1月 | 5600円 | 569円 | 1139円 | 1708円 |
| リハビリテーションマネジメント加算（イ）（開始月から6月超） | 1月 | 2400円 | 244円 | 488円 | 732円 |
| リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（開始月から6月以内） | 1月 | 5930円 | 603円 | 1206円 | 1809円 |

| 項目 | 単位 | 利用料金 | 利用者負担額 1割 | 利用者負担額 2割 | 利用者負担額 3割 |
|---|----|------------|--------------|--------------|--------------|
| リハビリテーションマネジメント 加算（ロ）（開始月から6月超） | 1月 | 2730円 | 277円 | 555円 | 832円 |
| リハビリテーションマネジメント 加算（ハ）（開始月から6月以内） | 1月 | 7930円 | 806円 | 1612円 | 2419円 |
| リハビリテーションマネジメント 加算（ハ）（開始月から6月超） | 1月 | 4730円 | 481円 | 962円 | 1443円 |
| 事業所医師が説明した場合 | 1月 | 2700円 | 274円 | 549円 | 823円 |
| 短期集中個別リハビリテーション 実施加算 | 1日 | 1100円 | 111円 | 223円 | 335円 |
| 認知症短期集中リハビリテーショ ン実施加算（Ⅰ）（週2回まで） | 1日 | 2400円 | 244円 | 488円 | 732円 |
| 認知症短期集中リハビリテーショ ン実施加算（Ⅱ） | 1月 | 19200 円 | 1952円 | 3905円 | 5857円 |
| 生活行為向上リハビリテーション 実施加算（開始月から6月以内） | 1月 | 12500 円 | 1271円 | 2542円 | 3813円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1日 | 600円 | 61円 | 122円 | 183円 |
| 栄養アセスメント加算 | 1日 | 500円 | 50円 | 101円 | 152円 |
| 栄養改善加算（月2回まで） | 1日 | 2000円 | 203円 | 406円 | 610円 |
| 口腔・栄養スクーリング加算（Ⅰ） （6月に1回まで） | 1回 | 200円 | 20円 | 40円 | 61円 |
| 口腔・栄養スクーリング加算（Ⅱ） （6月に1回まで） | 1回 | 50円 | 5円 | 10円 | 15円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 1回 | 1500円 | 152円 | 305円 | 457円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ | 1回 | 1550円 | 157円 | 315円 | 472円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ | 1回 | 1600円 | 162円 | 325円 | 488円 |
| 重度療養管理加算 | 1日 | 1000円 | 101円 | 203円 | 305円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 1月 | 400円 | 40円 | 81円 | 122円 |
| 退院時共同指導加算 | 1回 | 6000円 | 610円 | 1220円 | 1830円 |
| 時間延長サービス 1時間 （利用の前後に日常生活上の世話を 行った時間を含む） | 1回 | 500円 | 50円 | 101円 | 152円 |
| 時間延長サービス 2時間 （利用の前後に日常生活上の世話を 行った時間を含む） | 1回 | 1000円 | 101円 | 203円 | 305円 |

| 項目 | 利用料金 |
|------------------------|-----------------------------------|
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位を所定単位数に加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 介護報酬算出方式に基づき算出した額の1割または2割または3割 |

* 上記利用者負担額は、介護報酬上の地域加算により利用料金に1.017を乗じた金額の1割または2割または3割となります。

* 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

* 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

* 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、当通所リハの事業実施地域以外の地域にお住まいの場合、加算算定させていただきます。

(2) 介護保険給付対象外サービス費

| 項目 | | 料金 | |
|--------|-----------------|---------|-----------|
| 昼食費 | 常食、おやつ、飲料 | 700円 | |
| | 濃厚流動食、飲料 | 410円 | |
| キャンセル費 | 当日キャンセル | 700円 | |
| 理容代 | 散髪等（不定期月曜日） | 実費（要予約） | |
| 項目 | | 料金 | |
| マスク | サージカルマスク | 1枚 | 20円（税抜き） |
| 栄養補助食品 | 食品種類・料金表は、別資料参照 | | 自費（ご希望時） |
| ビニール袋 | ビニール袋（レジ袋等） | 1枚 | 5円（税抜き） |
| 紙オムツ代 | 応援介護尿とりパッド | 1枚 | 30円（税抜き） |
| | ワイドパッドアルファ | 1枚 | 40円（税抜き） |
| | 安心WフィットS | 1枚 | 100円（税抜き） |
| | 安心WフィットM | 1枚 | 120円（税抜き） |
| | 安心WフィットL | 1枚 | 160円（税抜き） |
| | やわ楽パンツM | 1枚 | 130円（税抜き） |
| | やわ楽パンツL | 1枚 | 140円（税抜き） |

* 上記 販売品目の金額に関しましては、消費税抜きの金額となっております。

* 令和7年4月以降定価の変更がある場合もございますので、ご了承くださいませようお願いいたします。

* 上記費用をご確認いただき費用徴収が生じた場合、料金をご請求することになります。

* キャンセル費は、昼食費を伴わない短時間ご利用の方はご請求いたしません。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

サービス計画に基づいて提供された通所リハビリテーションサービスに苦情がある場合には、当事業所の担当者まで何なりとお申し出ください。また、病院受付に設置してあります「意見箱」もご利用ください。苦情の申立てまたは相談がありましたら、迅速かつ誠実に対応いたします。

【当事業所相談窓口】

窓口担当者 滝波 清友
ご利用時間 9：00～17：00
電話番号 0776（39）1703
苦情箱 (病院受付に設置)

【福井市介護保険課】 電話番号 0776-20-5715

【福井県国保連合会】 電話番号 0776-57-1615

6 相談及び苦情の対応

- (1) 相談及び苦情に関しましては、面接・電話・書面などにより相談苦情受付担当者が対応します。担当者が対応できない場合、他の職員が対応し、相談苦情受付担当者に報告します。
- (2) 相談及び苦情の報告・確認
相談及び苦情があった際には、状況を詳細かつ正確に把握するため、慎重に聞き取りや事実確認を行います。苦情に関しては、さくら病院顧客満足度委員会（以下：CS委員会）に報告します。
- (3) 苦情解決に向けての話し合い
苦情に関して、苦情受付担当者は関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、さくら病院 CS 委員会の指導の下、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。

7 緊急時等における対応方法

(サービス提供中に重篤な病状に陥った場合)

サービス提供中に病状の急変などで心肺停止・意識消失等の重篤な状況に陥った場合、管理者医師の判断により速やかに救命救急を行い、救急もしくは専門病院へ救急搬送いたします。その場合、速やかに緊急連絡先（ご家族等）へ連絡いたします。ご連絡がつかない場合であっても救命を優先させていただきますのでご了承下さい。

(サービス提供中に発熱等の体調不良を起こされた場合)

サービス提供中に発熱等の体調不良を起こされた場合、管理者の医師が状態を観察させていただきます。更に、管理者医師が医療機関での対応が必要と判断した場合は、主治医等への医療機関にご紹介となります。医療機関への受診に関しては、ご家族様のご協力が必要となりますのでご了承下さい。

(サービス提供中に転倒等により怪我をされた場合)

サービス提供中に転倒等により怪我をされた場合は、緊急時連絡先（ご家族様等）に発生状況について懇切丁寧に説明を行い、怪我の状況によっては管理者医師の判断により医療機関への紹介をさせていただきます。また、緊急時連絡先（ご家族等）の他、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。只し事業所の責めに帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

8 非常災害時の対策

病院が定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。

防災設備として、スプリンクラー、自動火災警報器、消火栓、消火器を設置しています。カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。

防火管理者：井上 哲也

9 秘密の保持及び個人情報の保護

当事業所は、当法人の個人情報保護方針に基づき、サービスを提供する上で知り得た、ご利用者様およびそのご家族に関する秘密および個人情報の利用目的を別紙「利用者に関する個人情報使用に関する同意書」の通り定め、適切に取り扱います。また、正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。ただし、予め文書により利用者様の同意を得た場合はこの限りではありません。

10 情報の開示

当事業所は、利用者様に対する通所リハビリテーションサービスの実施について記録を作成し、それを5年間保管いたします。利用者様または代理人はご自身の記録について、情報開示の請求を行うことができ、当事業所はその請求に応じて開示等を行います。

11 情報の提供

介護保険サービスの質の向上のために、学会・研究会等での事例研究発表等の情報を提供させていただくことがあります。その場合、利用者様個人が特定できない措置を講じます。

円滑な介護サービスの提供・適切な在宅療養のためにも、市町村、居宅支援事業所その他の介護保険サービス事業者・医療機関等に、利用者様の情報を提供する場合があります。

12 身体拘束について

当事業所は原則として利用者に対して身体拘束は行いません。ただし自傷他害のおそれがある等、緊急やむを得ない場合は、身体拘束最小化委員会委員長（医師）が判断し、身体拘束その他の行動を制限する行為を行います。この場合は、管理者医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

13 虐待防止について

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者：滝波 清友

(2) 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会を設置し、定期的に委員会を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っていきます。

(3) 虐待防止のための指針を整備します。

(4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(5) 当事業所は、従業員に対する虐待防止の啓発・普及に努め、サービス提供中に当該事業従業員又は養護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します。

1 4 事業継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 5 ハラスメント対策

事業所は、介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

ハラスメントに対する相談窓口：滝波 清友

1 6 サービス利用にあたっての留意事項等

【利用にあたって】

- * サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- * 基本的に提供表に定められた予定に沿ってサービスをご提供させていただきます。

【遵守事項】

- * 当事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい、これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- * 当事業所内、関連施設内は禁煙・禁酒となっております。
- * 暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行動及び言動はしないで下さい。
- * 現金・貴重品はお預りできません。持ち込まれた場合は、自己の責任で管理をお願い致します。
- * 携帯電話の持ち込みは、ペースメーカーを装着されている方への配慮にて原則禁止させていただきます。どうしても持ち込まれる場合は、人目の少ない場所にてご使用下さい。尚、携帯電話の破損や紛失等につきましては、責任を負えませんのでご了承下さい。
- * 眼鏡・補聴器・義歯・時計・杖等の私物に関しての、破損や紛失等につきましては、責任を負えませんのでご了承下さい。
- * 他利用者間・職員間での品物・金銭等の交換や貸し借りはご遠慮下さい。
- * 当事業所内での他利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- * 事業所の定めた生活日課、健康管理上必要な指示に従って下さい。

【医療について】

- * 介護保険上、原則として通所リハビリ利用中には病院受診はできません。病院受診が必要な日は通所リハビリをお休みいただくか、ご家族が付き添いの上で、利用時間の前後どちらかで受診して下さい。（体調の急変時などは除きます。）病院受診に送迎サービスや通所リハビリ職員の同行はできません。
- * 利用者様の病気で、他の利用者方に感染拡大の恐れのある場合、医師または看護職員の判断によりご利用を控えさせていただき、あるいはご利用を中断させていただく場合があります。

また感染症の種類によっては、ご入浴サービスを控えさせていただく場合もあります。

【送迎について】

- * 原則として、玄関の中までお迎え・玄関の中までお送りいたします。
身体面・精神面等の諸事情がある場合は、ご本人様・ご家族様との話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- * 交通事情・季節・天候等で大幅に到着時間がずれることもあります。基本的に自宅の中でお待ちいただき、到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。
- * なるべくご要望に沿った送迎を心掛けるよう努めますが、送迎人数や利用者様の身体的状態等により、ご配慮いただくこともございます。ご協力をお願い致します。

【送迎時の居宅内介助について】

- * 居宅内介助の対象者について。
 - ・独居であり1人で身の回りの支度が困難な方。
 - ・老夫婦世帯であって、協力が困難な方。
 - ・送迎時間帯に、仕事や就労の関係でご家族様が不在の場合。
ご家族様がご自宅にいらっしゃる場合は、原則ご家族様のご協力をお願い致します。
- * 居宅内介助の提供時間
原則一人あたり3分までとさせていただきます。
(他のご利用者様をお車に待たせているため。)
- * 居宅内介助の内容
(身体的介助)
 - ・移動の付き添い、見守り介助
 - ・ベッド＝車椅子間の移乗介助
 - ・車椅子介助(環境的介助)
 - ・電気の消灯、点灯
 - ・冷暖房のスイッチの on off (エアコン、コタツ、電気毛布)
(温度調整に関しては、その時の気温によって調整をさせていただきます。
その場を担当する職員の判断によって調整させていただきます。)
 - ・玄関の施錠や窓の開閉
 - ・スロープの設置と片付け
 - ・火の元の確認 (独居の方のみ対象とさせていただきます)
 - ・内服薬の確認 (独居の方のみ対象とさせていただきます)

(事業者)

当施設は、通所リハビリテーション事業者として、利用者の申し込みを受諾し、この契約の定める各種サービスを、誠実に責任を持って行います。

令和 年 月 日

事業者 住所 福井市下荒井町第21号44番地の1
事業者(法人)名 医療法人 さくら千寿会
施設名 さくら病院 通所リハビリセンター
(事業所番号) 1810120756

管理者 片山 寛次 印

説明者 さくら病院 通所リハビリセンター

氏名

(ご利用者)

契約書ならびに重要事項説明書の説明を事業者より受け、さくら病院通所リハビリセンターのサービス契約を締結し、サービス利用に同意します。

令和 年 月 日

| | |
|-------------------|--|
| 利用者 住所 | |
| 氏 名 | |
| 代理人住所 (選任した場合) | |
| 氏 名 | |
| 緊急連絡先 氏名 | |
| 電話番号 | |

利用者に関する個人情報使用に関する同意書

利用者氏名 _____ は、さくら病院通所リハビリセンターが、次に記載するところにより、利用者に関わる個人情報を使用することに同意します。
(介護予防通所リハビリテーションを含む)

1. 使用目的

- (1) 利用者がプランに沿って、円滑に介護サービスを受けることができるように、サービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等において必要な場合。
- (2) 入院・通院等の医療機関への情報提供や、行政関係において必要な場合。
- (3) 外部監査機関、評価機関等への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。

2. 使用する期間

契約開始時から、契約終了時まで。

3. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては、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払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3) 利用者及びその家族より、個人情報の開示、訂正、使用停止、及び消去の請求があった場合には、法令に基づき速やかに対応すること。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指定通所リハビリテーション事業所 _____ さくら病院 通所リハビリセンター管理者 殿
利用者又は利用者代理人

〔住 所〕 _____

〔氏 名〕 _____

家族又は代理人兼連帯保証人

〔住 所〕 _____

〔氏 名〕 _____

事業者

〔住 所〕 福井市下荒井町 21-44-1

〔名 称〕 さくら病院 通所リハビリセンター

〔説 明 者〕 _____