

重要事項説明書

あなたに対するケアサービスの提供を始めるにあたり、厚生労働省令第 37 号第 119 条、第 155 条、第 125 条及び第 40 号第 5 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。なお以下の事項について一部もしくは全部を変更または改訂する場合は、その事項を事前に通知致します。

(2025 年 4 月 1 日改定)

1. 事業所の概要

運営主体の法人名 (事業者名)	医療法人 仁医会
法人の種類	医療法人(社団)
運営主体の所在地	愛知県西尾市寄住町洲田 20 番地1
ホームページアドレス	http://www.jhn.or.jp/
運営主体の開設年月	昭和 59 年 3 月 1 日
運営主体の代表者氏名	理事長 中澤 信
事業所名	中澤デイケアセンター
管理者の役職・氏名	管理医師 中澤 仁
事業所の 所在地	愛知県西尾市寄住町洲田 20 番地1
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0563-54-3116 FAX 0563-54-6921
介護保険の指定番号	第 2373200050 号
指定年月日	平成 11(西暦 1999 年)年 8 月 31 日
事業の目的	中澤デイケアセンターは、医学的管理の下で、要支援状態の利用者の能力に応じた日常生活を営む事が出来るように、看護・介護・リハビリテーション等のサービスを提供致します。 また利用者の方が可能な限り居宅生活を継続できるよう、生活力の向上をめざし、支援することを目的とします。

運営の方針・事業所の特色	当施設は、地域で求められる医療・福祉サービスを実践し、更なる向上を目指すことを法人理念とし、地域の皆さまにご安心いただけるサービスを提供できるよう日々努めてまいります。 若くして障害を持たれた、要介護者・要支援者に対し、自立に向けた積極的なリハビリテーション・ケアを提供いたします。			
当施設で実施する事業		指定年月日	指定番号	利用定員
	通所リハビリテーション	1999 年 8 月 31 日	2373200050	100 名
	予防通所リハビリテーション	2006 年 4 月 1 日	2373200050	空床利用

2. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	なかざわ記念クリニック 1 階 179 平米 2 階 544.42 平米
	デイルーム、トレーニング室、浴室、相談室、作業室

3. 職員の体制に関する事項

(1) 通所リハビリテーション

職 種	員数	区 分				常勤換算 後の人員	事業所の 指定基準
		常 勤		非常勤			
		専 従	兼務	専従	兼務		
医 師	2		2			1.1	1
看護職員	3		2		1	2.7	10
介護職員/相談員	15		8		7	12.2	
理学療法士	5		5			4.5	
作業療法士	2		2			2	
言語療法士	1				1	0.3	
運転手等	11				11	8.8	

(2025 年 4 月 1 日現在)

(2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤務体制
医 師	週 6 日 (月・火・水・木・金・土)
看護介護職員	週 5 日 (08:30～17:30)
リハビリ職員	週 5 日 (08:30～17:30)
支援相談員	週 5 日 (08:30～17:30)
管理栄養士	週 5 日 (08:30～17:30)

4. サービス内容等に関する事項

営業日 営業時間 営業地域	月曜日から土曜日 / 午前 8 時 30 分～ 午後 5 時 30 分 日曜日および 12 月 31 日～1 月 3 日は休業 西尾市・岡崎市・安城市・碧南市・幸田町 (佐久島は除く)
サービス 提供時間	I 単位目 月曜日から土曜日 / 午前 10 時 00 分～午後 4 時 10 分 II 単位目 月曜日から土曜日 / 午前 11 時 15 分～午後 1 時 45 分 III 単位目 月曜日から土曜日 / 午後 2 時 00 分～午後 4 時 10 分
苦情・ 連絡先 の	当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記のご相談窓口までご相談下さい。 また、ご意見箱での受付も致しておりますので、ご利用下さい。 【ご相談窓口】 中澤ダイケアセンター 【担当者】 中澤ダイケアセンター相談員(小澤・鈴木) 電話:0563-54-3116 (行政機関) ※各保険者介護保険担当課 西尾市役所健康福祉部長寿課 0563-56-2119 碧南市役所健康推進部高齢介護課 0566-41-3311(代) 安城市役所福祉部高齢介護課 0566-76-2990 岡崎市役所福祉部介護保険課 0564-23-6682 幸田町役場健康福祉部福祉課 0564-63-5117 (その他苦情受付機関) 愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話 052-971-4165
秘密の保持	当施設では利用者に対して円滑な援助を行うために個人情報使用の同意のもと、個人の情報を使用させて頂くことがあります。但し、業務上知り得た利用者又はその家族の情報は秘密を保持します。
身体拘束について	当施設では身体拘束を行っておりません。 そのため転倒の危険性や無断外出により事故に遭遇する危険性がある場合は、事前に面談を実施し、予測される事態を利用者・家族に十分説明し、ご理解を頂いた上でサービスを利用して頂きます。

協力医療機関等	協力医療機関 (なかざわ記念クリニック) 当施設1F部分に併設 (西尾市民病院) 開設者 : 西尾市 所在地 : 西尾市熊味町上泡原 6 番地 科目 : 内科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、小児科、 泌尿器科、皮膚科、放射線科、脳神経外科、 耳鼻いんこう科、精神診療科、呼吸器外科、形成外科
事業継続に むけた取組 みの強化	(火災・自然災害時における、事業取り組み強化について) 火災・自然災害対策として、火災・水害・地震対策マニュアルの設置、約3日間の施設内での生活が可能な、飲食、衣服類をはじめとした非常災害時備蓄品の用意をしています。また、火災・水害・地震への全スタッフへの研修会の実施(年1回)、火災避難訓練、防水害訓練を実施(年1回)。また、今後地域住民との連携を図れるよう協議してまいります。 (火災時の対応) 火災、地震、その他の災害が発生した場合被害を最小限に止めるため、院長を隊長に、防火管理者を副隊長として指揮命令し、以下のよう に避難誘導を行います。 ① 利用者等に火災の発生、出火場所を知らせ、避難のための準備(身支度、靴等)をします。 ② 混乱の防止に留意し、出火場所から最も近くの部屋、階から避難させます。 ③ 自力避難が困難な利用者は、ストレッチャー、車椅子、毛布等で搬送します。 ④ 誘導の際、火煙が迫るときは、這うようにしてハンカチ・タオル等で鼻、口を覆わせる。時には屋内消火栓の水で救護注水させます。 ⑤ 避難誘導、搬送に際してはエレベーターを使用しません。 ⑥ 出火階の下方にある者は屋内階段により誘導します。 ⑦ 避難は、通路に設けられた誘導灯に従い、出火点から離れた避難口に誘導する。出火点間近の屋内階段や避難口に誘導、搬送しません。 ⑧ 出火階から上層階の者は、避難階段周辺に火煙がなく、下方に容易に避難できる時は下方へ避難誘導、搬送する。下方へ避難誘導、搬送が困難時は避難器具の設置場所へ誘導、搬送し脱出させます。 ⑨ 避難誘導の時は混乱を生じさせないように注意し、大声ではっきりと指揮命令します。 ⑩ 利用者が、いったん避難した後、再び物を取りに戻らないように注意します。 ⑪ 防火戸の閉鎖に関しては、出火点付近に残留者がいないか十分に確認します。 ⑫ 避難後、直ちに人員の確認をし、逃げ遅れた者の有無を確認し、隊長又は上司に報告します。 上記を徹底するために年2回以上の防災訓練を実施します。

	(平常時の訓練及び防災施設) 「消防計画に」基づき年 2 回以上の防災訓練を実施します。 (水害時の対応) 矢作川氾濫警報発令、レベル3が発生した場合被害を最小限に止めるため、院長を隊長に、防火管理者を副隊長として指揮命令し、以下のように避難誘導を行います。 ① レベル 3 においては、1F にいる利用者等の垂直避難を開始します。 (デイクアエレベーターを使用し、車椅子利用者等、階段昇降困難な者から優先) ② 混乱の防止に留意し、1F からの利用者は中澤デイクアのリハビリ室に待機となります。そのためリハビリなどの訓練は中止となります。 ③ 避難してきたご利用者の家族などへ連絡を実施いたします。 ④ 情報収集班は、氾濫状態の把握等情報確保を、TV、インターネット、西尾市防災本部から収集し災害発生エリアの把握を行います。 ⑤ レベル4に到達した場合スタッフ全員の垂直避難を実施します。 ⑥ レベル2以下になり次第、順次原則通所利用者は家族の迎え、困難な場合は施設より自宅までの送迎を実施し、通常営業としていきます。 なお避難の許可有無については、その安全性等を勘案し、西尾市防災委員との連携のうえ判断いたします。 <table border="1" data-bbox="430 1012 1362 1541"> <thead> <tr> <th>施設・設備</th><th>整備状況</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>非常階段</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>避難口</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>療養室・階段等内装材料</td><td>適</td></tr> <tr> <td>防火扉</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>屋内消火栓</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>屋外消火栓</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>火災報知設備</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>非常通報装置</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>非常警報装置</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>誘導灯及び誘導標識</td><td>あり</td></tr> <tr> <td>カーテン等</td><td>防炎性</td></tr> </tbody> </table> (防火管理者) 森 智宏	施設・設備	整備状況	非常階段	あり	避難口	あり	療養室・階段等内装材料	適	防火扉	あり	屋内消火栓	あり	屋外消火栓	あり	火災報知設備	あり	非常通報装置	あり	非常警報装置	あり	誘導灯及び誘導標識	あり	カーテン等	防炎性
施設・設備	整備状況																								
非常階段	あり																								
避難口	あり																								
療養室・階段等内装材料	適																								
防火扉	あり																								
屋内消火栓	あり																								
屋外消火栓	あり																								
火災報知設備	あり																								
非常通報装置	あり																								
非常警報装置	あり																								
誘導灯及び誘導標識	あり																								
カーテン等	防炎性																								
感染症 対策	感染予防対策委員会を結成し、定期的に開催しています。 職員の感染症予防に対する教育を徹底しています。各感染症に対するマニュアルを常備し、随時更新しています。 新型コロナ対応強化 新型コロナ感染症等に対するBCP策として、通常の感染対策の徹底と、施設内で発生した場合、パンデミック化防止のため、感染ゾーンと非感染ゾーンとの徹底的な隔離を図るとともに、感染発生時のシミュレーションを実施、担当スタッフの徹底的な分散等を実施し、感染の拡大を抑え込みます。																								

高齢者虐待防止の推進	高齢者虐待防止の推進とし、利用者への虐待の発生又は再発を防止するため、委員会の開催、年1回の研修を高齢者虐待防止委員会を中心に実施し、発生の抑制、防止に努めます。
褥創の防止	褥瘡予防対策委員会を定期的に開催し、利用者にあつた計画・実施・評価状況の確認をします。必要時には体圧分散マットの使用、栄養ケアマネジメントによる栄養状態の把握をし、栄養補助食品の提供、清潔の保持、体位交換など、日常のケアの中で防止に努めます。
介護事故発生の防止	事故発生時には、初期対応を確実に行之、原因分析、対策案を計画、実施します。その後、リスクマネジメント委員会が対策案と実施状況について妥当性、有効性について検証し、予防処置案につなげます。全スタッフで情報の共有をしながら事故防止に努めます。
ハラスメント対策強化	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、利用者及び家族からスタッフまたは他利用者へのセクシャルハラスメント、パワーハラスメント、カスタマーハラスメント等について、ハラスメント対策を実施することにより解決を図ります。
多職種連携におけるICTの活用	当法人では利用者への効果的なサービス提供実現の為、できる限りICTの積極的な活用を行い、TV 電話や ZOOM 等の電子会議媒体を用い情報の共有を図るように取り組んでいきます。
利用者の説明同意に至る件で。	2021年度からの介護保険改定に伴い、電子媒体記録による対応として署名・押印について、求めないことが可能となったことを踏まえ、利用者のご希望等ない場合原則、契約書を除き通常のモニタリングや計画書への同意確認については、事業者側では計画書等の発送記録及び、電話、FAX、メール等をもって受理を確認し、署名・捺印なしでも、同意があつたものとして認めます。 ただし、その内容等において不服、内容不備等が生じた場合再度、その内容の見直しを改めて実施致します。 当事業所では、電子カルテの導入により、原則利用者へのサービスおよびそれにかかわる内容（基本情報、介護計画、リハビリテーション計画、日々の日常業務の記録等）を介護保険電子カルテ（B0）システムにて保管いたします。またこの内容においては、必要に応じ利用者、ケアマネ、関係者への開示は印刷した状態での開示を行います。

5. 当施設が提供するサービス内容と利用料金

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合
 - ② 利用料金の全額を利用者に負担して頂く場合

【通所リハビリテーション費(大規模型通所リハビリテーション費)】

2024 年 6 月 1 日 改定

基本単位

要支援認定	要支援1	要支援2
1 ヶ月あたり	2,268 単位/月	4,228 単位/月

※利用開始日の属する月から12月超で、利用が継続する際は、要支援1の場合:120単位/月減算、要支援2の場合:240単位/月減算とする。ただし、3月に1回以上リハビリ会議を実施する事等、要件を満たした場合は減算なしとする。

相談業務

当施設は、利用者及びそのご家族からの介護相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

レクリエーション行事

楽しんでリハビリテーションを実施するため必要な教養娯楽設備、用具を整え、適宜レクリエーション行事やクラブ活動を実施します。レクリエーション行事に要する費用は別途各自で負担していただきます。

加算利用料

サービス種別	内容
医療・看護	当施設の医師で対応できる医療・看護につきましては、介護保険給付サービスに含まれております。 日常の看護観察とともに、医師による健康管理を行います。 また緊急時・特変時には、主治医または協力医療機関に責任をもって引き継ぎます。 ただし、当施設では行えない処置(透析等)や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関による入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。
排泄	利用者の状況にあわせて適切な排泄援助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

相談 援助	当施設は、利用者及びそのご家族からの介護相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
レクリエーション 行事	当施設は、施設での生活を実りあるものとするため、必要な教養娯楽設備、用具を整え、ボランティアも交え、適宜レクリエーション行事やクラブ活動を実施します。

加算利用単位数

生活行為向上リハビリテーション実施加算(通所開始月から6ヶ月以内)	562 単位/月
-----------------------------------	----------

栄養アセスメント加算 50 単位	低栄養状態にある又はそのおそれがあり(BMI が標準を大きく下回る、体重減少が認められる、栄養面や食生活上に問題がある 等) 栄養改善サービスの提供が必要な利用者に対し、 <u>管理栄養士</u> が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施と、定期的な評価と計画の見直しを行います。栄養改善加算との併用はできない。
栄養改善加算 200 単位(2 回/月まで)	低栄養状態にある又はそのおそれがあり(BMI が標準を大きく下回る、体重減少が認められる、栄養面や食生活上に問題がある 等) 栄養改善サービスの提供が必要な利用者に対し、管理栄養士などが看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づき、必要に応じ利用者の居宅を訪問し、適切なサービスの実施と、定期的な評価と計画の見直しを行い記録していきながら栄養改善を図ります。
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20 単位/回	利用開始時および利用中 6 ヶ月ごとに、口腔・栄養状態について確認を行い、該当利用者の口腔・栄養状態にかかわる情報を介護支援専門員に文書で提供した場合に算定します
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5 単位/回	利用開始時および利用中 6 ヶ月ごとに、口腔・栄養状態について確認を行い、該当利用者の口腔・栄養状態にかかわる情報の内どちらか一方の情報のみを介護支援専門員に文書で提供した場合に算定します。
口腔機能向上加算(Ⅰ) 150 単位/月 月に 2 回を限度 原則 3 か月以内	口腔機能の低下、あるいはその恐れがある方に対して、口腔機能の向上を目的に口腔清掃の指導・実施もしくは、嚥下に関する訓練指導・実施致します。
口腔機能向上加算(Ⅱ) 160 単位/月 月に 2 回を限度 原則 3 か月以内	口腔機能の低下、あるいはその恐れがある方に対して、口腔機能の向上を目的に口腔清掃の指導・実施もしくは、嚥下に関する訓練指導・実施致します。(厚生労働省に報告する場合) <u>(電送等による情報共有した場合)</u>

サービス提供体制強化 加算 I 要支援 1 88 単位 要支援 2 176 単位	質の高い介護サービスの提供を確保するための介護福祉士配置、10 年以上の勤務経験のあるスタッフが一定の割合以上配置されている事業所と指定されている場合となり当サービスはこれに該当します。
介護職員等 処遇改善加算	介護現場で働く職員の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることが出来るようにするための取り組みです。 ※ご利用される介護保険の給付対象となる全ての金額を合計した額に 8.6% を乗じた額が総額になります。
科学的介護推進体制 加算 (LIFE) 40 単位	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など心身の状況にかかわる基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を活用していること。
地域区分	人件費の地域差を反映させる為地域を 6 区分に分けそれぞれの地域、サービス種類ごとに単価の上乗せがあります。 ※ご利用される介護保険の給付対象となる全ての金額を合計した額に 3.3% を乗じた額が総額になります。

介護保険の給付の対象とならないサービス

食事	管理栄養士が作成する献立表により、栄養価と利用者の心身状況を考慮したバリエティに富んだ食事を提供します。 また、医師の指示のもと「療養食」を提供することがあります。 嚥下困難な場合、必要に応じた対応をさせていただきます。		
		時間	食費
	昼食(飲み物代含む)	12:00～13:30	800 円
	飲み物	14:00～16:10	100 円
特別な 食事	嗜好として特別に希望される食事や、希望により選定する菓子類及び栄養補助食品類は、実費を頂きます。		
キャン セル料	800 円 ① 原則利用前日の 17:30 までに利用キャンセルの連絡がない場合に頂きます。 ② ご利用当日、急な体調不良や予測できない事情により、サービスをキャンセルされる場合、当日の 8:30 までに連絡がない場合に頂きます。		
紙 おむつ 代	種類	1 枚あたり	通所サービスの場合、紙おむつ代は利用料に含まれておりません。 必要な際は左記料金を頂きます。 ご自宅で利用されているおむつの持込は可能です。
	パンツタイプ	168 円	
	尿取りパット	32 円	

法定代理受領を前提とします。利用者負担割合は、介護保険負担証に応じた利用者負担の割合に準じたご請求となります。(自費負担分は適応外)

6. ご利用の際の注意事項

複数のご利用者が利用される施設のため、高額な指輪、腕時計など万一紛失等しては困る物の持ち込みはご遠慮していただくよう、よろしくお願いいたします。

7. お願い

当施設では、通所リハビリテーション施設として介護保険制度はもとより、皆様からのご利用料金を頂戴し運営させていただいております。従いまして、何ら特別なお心遣いは必要ございません。何卒よろしくお願いいたします。

8. マイナンバーに対する取り扱いについて

- * 当施設ではマイナンバーの取扱いはご利用者本人または身元引受人等をお願いしております。施設として介護保険に関連する書類などにマイナンバーを記載することはいたしません。

9. 個人情報の利用目的について

中澤通所リハビリテーション（以下当施設）は、リハビリテーション、看護・介護といったケアを必要とする利用者に、医療的ケアと日常生活サービスを提供しながら、利用者が安心して家庭に復帰できるよう、心身の自立を支援させていただいております。

以下に記載する、当施設における利用者の情報の利用目的をご理解の上、情報の提供と当施設の情報利用にご同意くださいますようお願いいたします。

【看護・介護サービス、リハビリテーションの提供に必要な利用目的】

《当施設内での利用》

- ① 利用者の看護・介護、リハビリテーション（以下ケア）の基礎資料
- ② 介護保険事務に関わる書類作成のための資料
- ③ 介護サービスを利用された場合の事業所の運営管理事務において、
 - ・ サービス利用の管理、入退所などの管理をするための手段・資料
 - ・ 利用料請求事務のための資料
- ④ 介護サービスの向上のため、利用者のケアに関わる多くの専門家の間で、ケアの話し合いの手段・資料（サービス担当者会議等）
- ⑤ より良いケアを行う為に必要な医療法人 仁医会内での情報の伝達・連携のための資料

《外部への情報提供を伴う利用》

- ⑥ 利用者に関して、他の介護サービス事業者、居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）、医療または保健関連機関との連携や、情報照会への回答を行う際の資料
- ⑦ 利用者の心身状況をご家族等へ説明するための資料
- ⑧ 介護保険事務において、
 - ・ 介護報酬請求事務のため、審査支払機関への請求手続きのための資料
 - ・ 審査支払機関または保険者からの照会への回答をする際の資料
- ⑨ サービス利用時に事故等が起きた場合、市町村等への報告資料

【看護・介護サービス、リハビリテーション提供以外の目的】

《当施設内での利用》

- ⑩ 当施設で行われる介護・看護、リハビリ実習生等の教育のための資料
- ⑪ 当施設で行われる介護サービスの質の向上・リスクマネジメント等を目的とした研修資料
- ⑫ 当施設における業務改善活動、市場調査、経営分析等のための会議資料
- ⑬ 利用案内等の送付
- ⑭ 行事写真等の掲示物

《外部への情報提供を伴う利用》

- ⑮ 利用者が申込まれている特別養護老人ホームからの照会回答資料

上記利用に関しては、契約時における了解をもって、情報の取得及び利用にご同意頂いたと判断させていただきますが、ご利用者のお申し出により同意及び保留はいつでも変更できます。

上記利用目的の中で同意しがたいものがある場合には当施設の個人情報保護相談窓口までお申し出ください。

上記利用目的の中で、当施設内、法人内で利用する情報に関しては本利用目的をご説明させて頂いた事をもって同意されたものとして個人情報を利用させていただきます。また、外部へ提供する個人情報に関しては施設利用契約時に利用者からの同意を得た上で利用させていただきます。

また、上記以外の目的で個人情報を利用する場合は、その都度利用者からの同意を得た上で利用いたします。例：民間保険会社からの問い合わせ 等

- * 当施設では、利用者の情報に関しては、基本的に契約時のご家族以外には情報提供しておりません。身内、お知り合いの方からの電話、面会時にご利用者に関する問い合わせがあった場合は、ご家族からお話していただくようお願いしております。

10. 送迎に関するお知らせ

送迎サービス自体は乗合バスのようなものであり、皆様のご理解、ご協力なくしては、円滑な送迎を行うことができません。つきましては、皆様には以下の事柄を十分ご理解頂き、ご協力頂きますようお願い致します。

① 座席配置

同乗者の身体状態や送迎コース等の関係で、日によって座席配置が変動することがありますことをご了承ください。

② 送迎コース（同乗者）

当日の利用状況により、日によって行き帰りの送迎コースが変動することがありますことをご了承ください。

③ 送迎順番

送迎全体の安全性を考慮しながら、順番を決定しています。そのため、日によって送迎順番に変動がありますことをご了承ください。

④ 出発・到着時間

送迎時間帯については多少の変動が発生してしまいますが、概ね一定の時間に送迎できるように努めております。しかし当日の交通事情や同乗者の状況により、どうしても時間が前後してしまうことがありますことをご了承ください。併せて、来所送迎をご利用されている方は送迎時間帯に間に合うようにご準備頂ければ幸いです。道路状況等で予定到着時刻の15分以上の遅延が予測される場合には電話連絡をさせていただきます。

⑤ シートベルト着用の義務

送迎時衝突事故の可能性もあるため、必ず乗車時はシートベルトの着用をお願い致します。またシートベルトの着脱は車が停車した後外すようお願い致します。

積雪・路面凍結時における対応について

当施設では、積雪・路面凍結・大雪警報発令時におけるご利用者の送迎の安全を確保するために、下記のような対応をとりますのでご了承下さい。尚、積雪・路面凍結・大雪警報発令時であっても、送迎サービス以外は通常通り営業しています。

前日に大雪警報発令が予測される場合

- ① ご利用前日の夕方（17時過ぎ）にご自宅へ電話連絡させて頂き、当日の送迎対応等の説明やご利用希望の確認をさせていただきます。
- ② 当日朝8時頃に改めてご自宅へ電話連絡させて頂き、当日のご利用希望の有無を確認させていただきます。

デイケア到着後に大雪警報が発令された場合

- ① 状況を見ながらご自宅に電話連絡させていただきます。
- ② 原則としてはご家族に迎えに来て頂くことになります。

(注) 積雪量・路面凍結状況によっては施設で待機して頂き、帰りの送迎を通常通り実施させて頂く場合もあります (その旨電話連絡させていただきます)。

利用中、帰りの時間迄に大雪警報が発令されることが予測される場合

- ① 状況を見ながらご自宅に電話連絡させていただきます。
- ② 電話連絡後、デイケア利用時間を短縮して送迎させていただきます。

サービス内容変更について

積雪・路面凍結時は、上記何れの場合もその時の状況、時間帯により、昼食や入浴、リハビリ等のサービスが無くなる場合があります。また、路面・天候等の状況により、送迎時間が通常よりも大幅に遅れることがあります。ご了承下さい。

11. 大規模震災における対応について

① 施設運営前までの大震災対応

施設運営開始前の、8:30 前に東南海地震警報(愛知県西部・西三河南部)、あるいはそれに準ずる規模の大規模災害が発生した場合、施設からの送迎は行いません。またデイケア施設としての運営は停止されます。

② 送迎時の大震災対応

送迎実施時、途中大規模震災や、車が大きく揺れるような地震が発生した場合、原則、乗車している方までが送迎対象者とし、対避難行動を実施します。津波発生対象エリアにいる場合は、高台に速やかに避難し、安全確保が確認できるまでその場で待機します。

巨大地震発生時には、送迎車が来ていない場合は、送迎は来ないものとご理解ください。安全確保ができたと判断されたのち、送迎車はいったん施設に戻り、乗車されているご利用者は、家族の迎えが来るまで施設待機となります。

③ 利用時の大震災発生時の対応

家族の方が、迎えに来るまで施設待機とします。尚、大規模震災が発生した場合、予想不可能、想定外のことが複数生じる可能性も高く、当施設としてはご利用中のご利用者を第一優先とさせていただく旨、ご理解頂きますようによろしくお願いいたします。

12. 台風（暴風警報発令時の対応）

- ① 当施設では、台風（暴風）時におけるご利用者の送迎の安全を確保するために、下記のような対応をとりますのでご了承下さい。尚、台風（暴風警報発令中）であっても、送迎サービス以外は通常通り営業しています。
- ② 暴風警報(愛知県西部・西三河南部)発令中には、原則、気象図において、暴風圏での施設での送迎は行いません。強風圏では路面状況等を勘案し送迎を致します。

前日に台風の接近が予測される場合

- ① ご利用前日の夕方（17 時過ぎ）にご自宅へ電話連絡させて頂き、当日の送迎対応等の説明やご利用希望の確認をさせて頂きます。（必要に応じて実施）
- ② 当日朝 8 時頃に改めてご自宅へ電話連絡させて頂き、当日のご利用希望の有無を確認させて頂きます。

デイケア到着後に暴風警報が発令された場合

- ① 状況を見ながらご自宅に電話連絡させて頂きます。
- ② 原則としてはご家族に迎えに来て頂くことになります。

（注）台風の速度や進路によっては、帰りの時間には台風が遠ざかってしまい、台風の影響を受けなくなっている場合もあります。そうした状況が予測される際は施設で待機して頂き、帰りの送迎を通常通り実施させて頂く場合もあります（その旨電話連絡させて頂きます）。

利用中、帰りの時間迄に暴風警報が発令されることが予測される場合

- ① 状況を見ながらご自宅に電話連絡させて頂きます。
- ② 電話連絡後、デイケア利用時間を短縮して送迎させて頂きます。

* 台風接近時は、上記何れの場合もその時の状況、時間帯により、昼食や入浴、リハビリ等のサービスが無くなる場合があります。また、路面・天候等の状況により、送迎時間が通常よりも大幅に遅れることがあります。ご了承下さい。

13. 利用者のリスクについて

利用者が快適な通所生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴うさまざま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ください。

- ✧ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ✧ 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、少しの摩擦で皮膚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。
- ✧ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ✧ 高齢者は薬に対して敏感で、副作用を起こしやすいと考えられ、必要に応じて薬を減らすアドバイスを、当施設医師もしくは看護師よりさせていただくこともあります。その際には主治医にご相談ください。
- ✧ ご本人の不注意などによる、骨折・外傷・誤嚥等で治療が必要となった際に発生する治療費、交通費については、自己保険負担となります。
- ✧ 訓練以外の階段の使用についてはお断りをしております。自己判断による階段での事故につきましてはご自身の責任となることをご了承ください。

これらのことは、一部ご自宅でも起こり得ることですので、十分にご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

中澤デイケアセンター通所サービス利用に関する ご説明と同意書類

私は貴事業所の利用するにあたり必要な情報として以下の文書に関する説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

____年 ____月 ____日

【利用者】

住所

氏名

㊞

- ☐ 重要事項説明書（利用料金を含む）
- ☐ 個人情報提供承諾書
- ☐ 送迎について
- ☐ マイナンバー取り扱いについて
- ☐ 利用者のリスクについて

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

【署名代筆者】

住所

氏名

㊞

- ☐ 重要事項説明書（利用料金を含む）
- ☐ 個人情報提供承諾書
- ☐ 送迎について
- ☐ マイナンバー取り扱いについて
- ☐ 利用者のリスクについて

私は利用者が貴事業所を利用するにあたり必要な情報として以下の文書に関する説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

【身元引受人】

住所

氏名

㊞

- ☐ 重要事項説明書（利用料金を含む）
- ☐ 個人情報提供承諾書
- ☐ 送迎について
- ☐ マイナンバー取り扱いについて
- ☐ 利用者のリスクについて

私はご利用者が当事業所をご利用するにあたり、必要な情報として以下の文書についてご説明をして交付をいたしました。

____年 ____月 ____日

【事業者】

所在地 愛知県西尾市寄住町洲田 20-1

代表者 医療法人仁医会 中澤ダイケアセンター 施設長 中澤 仁

説明者氏名 _____ ⑩

- ☐ 重要事項説明書（利用料金を含む）
- ☐ 個人情報提供承諾書
- ☐ 送迎について
- ☐ マイナンバー取り扱いについて
- ☐ 利用者のリスクについて