

【重要事項説明書】 東部クリニック（介護予防）通所リハビリテーション

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 奨進会
代表者氏名	理事長 比嘉 靖
所在地 (電話番号)	沖縄県沖縄市与儀3丁目9番1号 代表 (098) -932-0111
事業所名称	医療法人 奨進会 東部クリニック
指定年月日	平成12年2月24日
介護保険指定事業所番号	4710411515
事業所連絡先	電話 (098) 932-0222 FAX (098) 932-0300
最寄り公共交通機関	沖縄市 与儀バス停より徒歩4分 (280m)
通常の事業の実施地域	沖縄市・うるま市・北中城村・中城村・北谷町・宜野湾市・西原町
利用定員	40名
建物構造	東部クリニック (3階建) 内2階通所リハビリ室 (延べ床面積 290.12 m ²)
施設内設備	通所リハビリテーション室 (パワーリハビリ室・作業療法室) 言語聴覚室・浴室・厨房

2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人 奨進会 東部クリニックが開設する東部クリニック通所リハビリテーション事業所が、要介護者または要支援者に対し、事業所の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護職員によって、適切なリハビリテーションを提供することを目的とします。
運営の方針	要介護者である利用者の心身の特性をふまえ、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、また要介護者等となることの予防、またはその軽減もしくは悪化の防止に資するよう目標を設定し計画的に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

3. 営業日及びサービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日 (国民の祝日・年末年始・旧盆を除く)
営業時間	午前8:30～午後5:30
サービス提供時間	午前9:00～午後4:00

4. 職員の体制

職種	医師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
人員	1名	2名	1名	1名	2名	10名
常勤	1名	2名	0名	1名	1名	8名
非常勤	0名	0名	1名	0名	1名	2名

5. サービス内容

①機能訓練 ②食事の提供 ③入浴介助 ④運動器機能・口腔機能向上サービスの提供
⑤リハビリマネジメント ⑥バイタルチェック ⑦送迎

6. 利用料 (※介護保険負担割合 1 割の場合)

(1) 通所リハビリテーション

リハビリテーション	サービス提供時間	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 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
	要介護 1	366 円	380 円	483 円	549 円	618 円	710 円	757 円
	要介護 2	395 円	436 円	561 円	637 円	733 円	844 円	897 円
	要介護 3	426 円	494 円	638 円	725 円	846 円	974 円	1,039 円
	要介護 4	455 円	551 円	738 円	838 円	980 円	1,129 円	1,206 円
	要介護 5	487 円	608 円	836 円	950 円	1,112 円	1,281 円	1,369 円

《加算項目》

加算の名称	算定区分	単位	料金
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	12 円
	4時間以上 5時間未満	1回	16 円
	5時間以上 6時間未満	1回	20 円
	6時間以上 7時間未満	1回	24 円
	7時間以上	1回	28 円
入浴介助加算 (I)	—	1日	40 円
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	同意日の属する月から 6月以内	1月	593 円
	同意日の属する月から 6月超	1月	273 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	—	1日	110 円
口腔機能向上加算 (II)	※月 2回限度	1回	160 円
科学的介護推進体制加算	—	1月	40 円
サービス提供体制強化加算 (II)	—	1回	18 円
介護職員処遇改善加算 (II)	所定単位数の 34/1,000		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 10/1,000		
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道	-47 円

(2) 介護予防通所リハビリテーション

リハビリテーション費・加算の名称	算定区分	単位	料金
介護予防通所リハビリテーション費	要支援 1	1月	2,053 円
	要支援 2		3,999 円
運動器機能向上加算	—	1月	225 円
口腔機能向上加算 (II)	—	1月	160 円
選択的サービス複数実施加算 (I) (運動器機能向上及び口腔機能向上)	※「口腔機能向上加算」と 「運動器機能向上加算」を 合わせて実施した場合	1月	480 円
事業所評価加算	—	1月	120 円
科学的介護推進体制加算	—	1月	40 円
サービス提供体制強化加算 (II)	要支援 1	1月	72 円
	要支援 2	1月	144 円
介護職員処遇改善加算 (II)	所定単位数の 34/1,000		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 10/1,000		

(3) その他費用

食費	1回あたり 450 円 (税込) ※昼食・おやつ含む
----	----------------------------

7. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所の設備および備品を利用する際は、職員の指示のもと定められた用法でご利用ください。これに反した利用で破損等が生じた場合弁償していただく場合がございます。
- (2) 金銭、貴重品、所持品の管理は自己責任にてお願いいたします。

8. 非常災害対策

事業所は、消防法に規定する防火管理者を選任し火災・風水害・地震等の非常災害対策を行います。

- (1) 消火、通報、誘導、避難等の防災訓練を年1回以上実施
- (2) 消火器・消火栓・火災報知器等の消防設備、非常放送設備、自家発電等の保守点検

9. 事故発生時の対応方法

利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また利用者に対するサービスの提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

10. 秘密の保持と個人情報の保護

- (1) 事業所とその従事者は、法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者またはその家族等の情報の利用目的を別紙【個人情報の利用目的】のとおり定め、適正に取り扱います。また、正当な理由なく第三者へ漏らしません。
- (2) 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密を保持させるため、従業者である期間および、従業者でなくなった後においてもその秘密を保持する旨を従業者との雇用契約内容とします。
- (3) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

11. サービス内容に関する相談・苦情

提供した通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情について下記の窓口で対応します。解決に向けて事実確認と調査を行ったうえで改善の処置を講じ、利用者と家族に説明をします。

(事業所窓口) 事業所名：東部クリニック通所リハビリテーション
所在地：沖縄県沖縄市与儀3丁目9番1号
電話番号：098-932-0222 FAX 番号：098-932-0300
受付時間：8：30～17：30（祝祭日を除く月～土）
担当者：比嘉純子

(公的機関窓口) 沖縄県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情処理窓口
所在地：沖縄県那覇市西3-14-18
電話番号：098-860-9026
受付時間：8：00～17：00（祝祭日を除く月～金）

(介護予防) 通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり
【重要事項説明書】の内容の説明を行い、交付しました。

重要事項説明書の説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

重要事項説明者 _____

【 事業者 】 住 所 沖縄県沖縄市与儀3丁目9番1号
事業者名 医療法人 奨進会 東部クリニック
管 理 者 比嘉 靖

(介護予防) 通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり
【重要事項説明書】の内容について説明を受け、これに同意します。

【 利用者 】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【 代理人 】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____