

医療法人葵会
ごきげんリハビリクリニック

(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)

重要事項説明書

1. 事業の目的

医療法人 葵会 が運営する「ごきげんリハビリクリニック 通所リハビリテーション（以下「事業所」という。）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の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な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を提供することを目的とする。

2. 運営の方針

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の提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者・要支援者の心身の特性を踏まえて、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図る。事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 事業所の概要

（事業所の名称等）

- ・事業所名 ごきげんリハビリクリニック
- ・所在地 沖縄県中頭郡北中城村字島袋1253-4
- ・電話 098-933-5515 FAX 098-933-5566
- ・事業所番号 4712210949
- ・利用者定員 40名

（サービスを提供する地域）

嘉手納町・うるま市・沖縄市・北谷町・北中城村・中城村・宜野湾市

（職員の種類、員数及び職務内容）

- 1、管理者 （1名）
事業全般における統括的管理を行う。
- 2、医師 （1名以上 内1名は管理者と兼務）
利用者の心身の状況に応じ、適切なリハビリテーションの提供における管理及び指示を行なう。
- 3、管理者代行 （1名）
従業者の管理及び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の申し込みに係る調整、その他、業務の実施状況の把握を一元的に行うとともに、従業者に運営基準を厳守させるために必要な指揮命令を行うものとする。
- 4、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士 （1名以上）
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士がその職種の特性を生かし、利用者の心身の状態に応じて適切なリハビリテーションの提供を行う。
- 5、看護職員 （1名以上）
利用者の心身の状況に応じ、適切な看護サービスの提供を行う。
- 6、介護職員 （1名以上）
利用者の心身の状況に応じ、適切なリハビリ介護のサービス提供を行う。

（営業日及び営業時間）

営業日は、日曜日・年末年始（12月30日から1月3日まで）・旧盆（旧7月15日）を除く 月曜日から土曜日までとし、サービス提供時間は午前9時30分から午後4時、営業時間は 午前8時30分から午後5時30分までとする。

（提供するサービス内容）

- （1）送迎
- （2）健康チェック
- （3）食事
- （4）リハビリテーションサービス
- （5）短期集中リハビリテーション
- （6）入浴サービス

(記録の整備)

指定通所リハビリテーション事業及び指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、従業者、設備等、会計、および利用に関する諸記録を整備・保管し、その完結日から2年間保存します。保存期間を過ぎた書類に関しては、専門の廃棄業者やシュレッダー等にて適切に破棄します。

(虐待防止に関する事項)

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するために次の措置を講じます。

- ・虐待防止対策を検討する委員会を設置し担当者を決め、定期的に委員会を開催する。
- ・虐待防止のための指針の整備
- ・虐待を防止するための定期的な研修の実施

(身体拘束の禁止)

事業所は共同生活援助の提供にあたっては、利用者の身体拘束は行わない。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合には利用者・家族の同意を受けた時のみ、その条件と期間内にて身体拘束を行うことが出来るものとする。

やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び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など必要な事項を記録する。

(業務継続計画の策定等)

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対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提供を継続的に実施するための、また非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定しています。

この計画を職員に周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

また、定期的にこの計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行っていく。

(サービス利用に当たっての留意事項)

利用に際して、以下の事項に留意をお願いします。

- ・施設利用に際しては原則として飲酒を禁止するものとし、酒気を帯びた状態で機能訓練等のサービスを受けないこと。
- ・施設内での営利行為、宗教活動を行わないこと。
- ・他の施設利用者の迷惑となる言動、暴力行為を行わないこと。
- ・金銭・貴重品の管理については当方では責任を負いかねます。ご了承宜しくお願い致します。

4. 利用者負担金

(1) 基本料金 * 令和6年6月1日から介護報酬改定により以下に変更となりました。

所要時間 6 時間以上 7 時間未満

	算定根拠(単価等)	サービス費(10割)	利用者負担金		
			(1割)	(2割)	(3割)
要介護 1	715単位×10.00円	7150円	715円	1430円	2145円
要介護 2	850単位×10.00円	8500円	850円	1700円	2550円
要介護 3	981単位×10.00円	9810円	981円	1962円	2943円
要介護 4	1137単位×10.00円	11370円	1137円	2274円	3411円
要介護 5	1290単位×10.00円	12900円	1290円	2580円	3870円

所要時間 5 時間以上 6 時間未満

	算定根拠(単価等)	サービス費(10割)	利用者負担金		
			(1割)	(2割)	(3割)
要介護 1	622単位×10.00円	6220円	622円	1244円	1866円
要介護 2	738単位×10.00円	7380円	738円	1476円	2214円
要介護 3	852単位×10.00円	8520円	852円	1704円	2556円
要介護 4	987単位×10.00円	9870円	987円	1974円	2961円
要介護 5	1120単位×10.00円	11200円	1120円	2240円	3360円

所要時間 4 時間以上 5 時間未満

	算定根拠(単価等)	サービス費(10割)	利用者負担金		
			(1割)	(2割)	(3割)
要介護 1	553単位×10.00円	5530円	553円	1106円	1659円
要介護 2	642単位×10.00円	6420円	642円	1284円	1926円
要介護 3	730単位×10.00円	7300円	730円	1460円	2190円
要介護 4	844単位×10.00円	8440円	844円	1688円	2532円
要介護 5	957単位×10.00円	9570円	957円	1914円	2871円

所要時間 3 時間以上 4 時間未満

	算定根拠(単価等)	サービス費(10割)	利用者負担金		
			(1割)	(2割)	(3割)
要介護 1	486単位×10.00円	4860円	486円	972円	1458円
要介護 2	565単位×10.00円	5650円	565円	1130円	1695円
要介護 3	643単位×10.00円	6430円	643円	1286円	1929円
要介護 4	743単位×10.00円	7430円	743円	1486円	2229円
要介護 5	842単位×10.00円	8420円	842円	1684円	2526円

(2) 加算料金

		算定根拠 (単価)	サービス 費 (10割)	利用者負担金		
				(1割)	(2割)	(3割)
リハビリテーションマ ネジメント加算(A)イ	同意日の属する月から 6か月以内	560単位	5600円	560円	1120円	1680円
	同意日の属する月から 6か月超	240単位	2400円	240円	480円	720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か月以内	593単位	5930円	593円	1186円	1680円
	同意日の属する月から 6か月超	273単位	2730円	273円	546円	819円
中重度ケア体制加算		20単位	200円	12円	40円	60円
通所リハ提供体制加算1 (3時間以上4時間未満の場合)		12単位	120円	12円	24円	36円
通所リハ提供体制加算2 (4時間以上5時間未満の場合)		16単位	160円	16円	32円	48円
通所リハ提供体制加算3 (5時間以上6時間未満の場合)		20単位	200円	20円	40円	60円
通所リハ提供体制加算4 (6時間以上7時間未満の場合)		24単位	240円	24円	48円	72円
サービス提供体制加算(Ⅱ)		18単位	180円	18円	36円	54円
入浴介助加算(Ⅰ)		40単位	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算(Ⅱ)		60単位	600円	60円	120円	180円
短期集中個別個別リ ハビリテーション加算	退院(所)又は認定日か ら3ヶ月以内	110単位	1100円	110円	220円	330円
通所リハ科学的介護推進体制加算		40単位	400円	40円	80円	120円
通所リハ口腔栄養スク リーニング加算Ⅰ	口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)(6月に1回を限度)	20単位	200円	20円	40円	60円

(3) 区分支給限度額外の加算料金

通所リハ処遇改善加算Ⅰ	介護保険対象分利用合計額×8.6%
-------------	-------------------

*介護保険負担割合証で2～3割の利用者様は、基本料金と加算料金が2～3割負担にて請求を行います。
ご了承ください。

5. 利用者負担金

(1) 介護予防通所リハビリテーションの利用料

〔基本部分〕

支給区分	利用者要介護度	1月あたりの利用料金	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
予防通所リハビリ (週1回程度)	要支援1	22,680円	2,268円	4,536円	6,804円
予防通所リハビリ (週2回程度)	要支援2	42,280円	4,228円	8,456円	12,684円

予防通所リハ12月超減算11	利用を開始した日の属 する月から起算して12 月を超えた期間に利用 した場合	要支援1	120単位減算
予防通所リハ12月超減算12		要支援2	240単位減算

要支援の方で利用開始から12月を超えた利用者様は、個別訓練プログラム・物理療法・趣味活動等での対応とさせていただきます。

〔契約期間が1月に満たない場合・日割り〕

支給区分	利用者要介護度	基本使用料	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
予防通所リハビリ (週1回程度)	要支援1	2268単位÷30.4日	75円	150円	225円
予防通所リハビリ (週2回程度)	要支援2	4228単位÷30.4日	139円	278円	417円

(2) 加算料金 1月につき

	算定根拠 (単価)	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
サービス提供体制加算Ⅱ1 (要支援1)	72単位	72円	144円	216円
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 (要支援2)	144単位	144円	288円	432円
予防通所リハ処遇改善加算Ⅰ	介護保険対象分利用合計額×8.6%(1割～3割)			
通所リハ科学的介護推進体制加算	40単位	40円	80円	120円

(4) その他の費用

・食事代(1食あたり)

一般食 (500円)

特別食 (530円)

※ 昼食の最終確認が11時となっておりますので、キャンセルの場合は11時までにご連絡頂きますようお願い致します。キャンセルの連絡のない場合は料金が発生しますのでご了承ください。
持ち帰りできませんので、ご理解ください。

(1) 食事持参の方において、食事に関する健康管理等、当事業所は責任を負いません。

(2) 利用者負担金は、1カ月ごとにお支払いいただきます。

(3) 毎月15日以降に前月分の請求書を発行しますので、月末までにお支払ください。

(銀行引落としサービスをご利用の場合は、ご相談ください。)

6. 秘密保持

- ・事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。なおこの守秘義務は、契約終了後も同様です。
- ・事業者は、利用者の個人の情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の情報を用いる場合は家族の同意を予め文書で得ない限りサービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ・事業者は居宅介護支援事業者等必要な期間に対し、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を予め文書で得ます。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策をたて、年2回の利用者及び従業員の訓練を行います。

8. 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者	眞喜屋 園絵 屋良 華愛
	ご利用時間	月 火 水 木 金 土 午前9時から午後5時30分
	ご利用方法	電話 098-933-5515

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

沖縄県介護保険広域連合 地域支援課	所在地	中頭郡読谷村比謝55
	TEL	098-911-7500
	ご利用時間	平日 午前8時30分から午後5時まで (土曜日・日曜日・祝日は休みです)
沖縄市役所 高齢福祉課	所在地	沖縄市仲宗根町26-1
	TEL	(代) 098-939-1212
	ご利用時間	平日 午前8時30分から午後5時まで (土曜日・日曜日・祝日は休みです)
うるま市役所 介護長寿課	所在地	うるま市みどり町1-1-1
	TEL	(代) 098-974-3111
	ご利用時間	平日 午前8時30分から午後5時まで (土曜日・日曜日・祝日は休みです)
宜野湾市役所 介護長寿課	所在地	宜野湾市野嵩1-1-1
	TEL	(代) 098-893-4411
	ご利用時間	平日 午前8時30分から午後5時まで (土曜日・日曜日・祝日は休みです)
沖縄県国民健康保険 団体連合会 介護苦情相談	所在地	那覇市西3-14-18
	TEL	098-860-9026
	ご利用時間	平日 午前8時30分から午後5時まで (土曜日・日曜日・祝日は休みです)

9. 損害賠償責任保険

保険会社	株式会社 損害保険ジャパン
保険内容	事業者は、利用者に対する通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者又は利用者のご家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害賠償いたします。 但し、利用者又は利用者のご家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより主治医・救急隊・ご家族・介護支援事業者などへ連絡をします。

主治医	氏 名	
	電 話	
	住 所	

令和 年 月 日

利 用 者	<ul style="list-style-type: none"> 私は、重要事項、利用者負担金について説明を受け、その内容を確認し同意致し、本書面の交付を受けました。 私は利用者及び家族の個人情報について、必要に応じ情報の提供を行うことに同意致します。 		
	住 所	〒	
	氏 名	印	
	電話番号		F A X 番号

利 用 者 代 理 （ 選 任 し た 場 合 の み）	<ul style="list-style-type: none"> 私は、本人に代わり、重要事項、利用者負担金について説明を受け、その内容を確認し、本書面の交付を受けました。 私は利用者及び家族の個人情報について、必要に応じ情報の提供を行うことに同意致します。 			
	本人との関係		署名代行 の理由	
	住 所	〒		
	氏 名	印		
	電話番号		F A X 番号	
	緊急時の 連絡先			

事 業 者	<ul style="list-style-type: none"> 事業所は、通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーションの重要事項説明書、利用者負担金説明書の定める事項について説明を行いました。 			
	名 称	医療法人 葵会 ごきげんリハビリクリニック		
	住 所	沖縄県中頭郡北中城村字島袋 1 2 5 3 - 4		
	電話番号	0 9 8 - 9 3 3 - 5 5 1 5		
	F A X 番号	0 9 8 - 9 3 3 - 5 5 6 6		
	事業者番号	4 7 1 2 2 1 0 9 4 9		
責任者	管理者	小橋川 晃代	印	