

令和7年3月

介護老人保健施設うりずん 介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(沖縄県指定 第4751380108号)

当事業所はご利用申込者に対して介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

- * 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方は、ご相談ください。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 秘密の保持について	4
7. 事故発生時の対応について	4
8. 緊急時の対応について	4
9. 非常災害対策について	4
10. 苦情の受付について	5

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 正清会 |
| (2) 法人所在地 | 沖縄県島尻郡南風原町字大名275番地 |
| (3) 電話番号 | 098-889-3206 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 与儀 英明 |
| (5) 設立年月 | 平成6年4月25日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定介護老人保健施設 通所リハビリテーション

平成12年4月1日指定 沖縄県4751380108号

(2) 事業所の目的

要介護者の家庭での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当事業所をご利用頂き、入浴・食事等の日常生活の援助や理学療法等、必要なリハビリテーションを行います。また、利用者に関わる医師及び理学療法士、その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって作成された通所リハビリテーション計画に沿って援助し、利用者の心身機能の維持、回復及び、家庭介護者の介護負担の軽減を図ることができるよう援助します。

(3) 事業所の名称

介護老人保健施設うりずん 通所リハビリテーション

(4) 事業所の所在地

沖縄県島尻郡与那原町字板良敷1281番地1

(5) 電話番号

098-944-7000

(6) 管理者氏名

仲嶺 時雄

(7) 当事業所の運営方針

ご利用申込者が可能な限り、居宅におい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、必要な日常生活上のリハビリテーションを行います。さらに、ご利用申込者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持向上、並びにご利用申込者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることができるよう支援します。

(8) 開設年月日

平成12年4月1日

(9) 利用定員（介護予防通所リハビリテーション利用者含む）

60人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

与那原町、西原町、南城市（佐敷、玉城、知念、大里）の全域（一部相談）。那覇市、南風原町の一部区域とする。（送迎にかかる時間が、おおよそ往復1時間以内の地域を対象としていますので、上記以外の地域でもご相談ください。）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（但し、月曜日を除く祝祭日、年末年始（12月30日～1月3日、旧盆（ウークイ）、は休日と致します）		
営業時間	月～土	8：30～17：30	
サービス提供時間	月～土	9：10～16：30	

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用申込者に対して介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については指定通所リハビリテーション職員兼務となっております。

指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算
1. 事業所長（管理者・医師）	1 人（兼務）
2. 看護職員	2 人（専従）
3. 介護職員	9 人（2 名兼務）
4. 支援相談員	2 人（兼務）
5. 理学療法士	2 人（兼務）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

＊利用料金などは別紙にてご説明いたします

＜共通サービス＞

- ① 食事：食事の準備・介助を行います。（食事提供にかかる費用は別途お支払い頂きます）
- ② 排泄：排泄の介助を行います。（オムツ・リハパン類は各自でご準備下さい）
- ③ 入浴：入浴の介助を行います。
- ④ 送迎：送迎・移動介助を行います。
- ⑤ リハビリテーション：理学療法士等により、ご利用者の心身等の状況、個別計画書にそって、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

- ① 食費 ＊介護保険改正により平成 17 年 10 月 1 日より食費が全額自己負担となりました。
 - ・ 1 食 500 円
 - ・ 当事業所では管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
 - ・ 食事時間は 12：00～13：00 となっています。
- ② 写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1 枚につき 10 円
- ③ 日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(1) 利用料金のお支払い方法

- ① 毎月10日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにひと月分をまとめてお支払い下さい。
- ② お支払い方法は、事務所窓口でのお支払い、銀行振込（振込手数料はご負担願います）、口座振替の3方法があります。利用申込み時にお選び下さい。
- ③ 但し、上記方法でのお支払いが難しい場合は相談員にご相談下さい。

(2) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

6. 秘密の保持及び個人情報の保護について

当事業所職員は業務上知り得た利用者及びその家族等に関することについて、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として、介護保険サービスの利用のための市町村、介護予防支援事業所等への情報提供、適切な在宅療養の為に医療機関等への療養情報への提供等は行うこととします。

7. 事故発生時の対応について

利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供に伴って事故が発生した場合は、その原因を解明し市町村、当該利用者の家族、当該利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は、利用者に対して損害を賠償するものとします。

8. 緊急時の対応について

利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、医療機関へ救急搬送等致します。その際、ご家族への連絡は確実に行います。

9. 非常災害対策について

火災報知器、スプリンクラーを設置しています。また、年に2回の防災訓練を実施し、非常事態の際スムーズに避難できるよう、備えています。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）[職名] 支援相談員：永山尚子、慶田盛信太郎

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを1階ロビー、2階エレベータ前の2カ所に設置しています。

(2) 行政機関その他、苦情受付機関

受付時間 午前8：30～午後5：30時まで（土・日・祝祭日は除く）

国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 那覇市西3丁目14番18号 電話番号 098-860-9026
那覇市役所 ちゃーがんじゅう課	所在地 那覇市泉崎1-1-1番地 電話番号 098-862-9010
与那原町役場健康保険課	所在地 与那原町字上与那原16番地 電話番号 098-946-2995
西原町役場保険課	所在地 西原町字与那城140-1 電話番号 098-945-5011
南風原町役場長寿介護課	所在地 南風原町字兼城686番地 電話番号 098-889-7381
南城市社会福祉課	所在地 南城市大里字仲間807番地 電話番号 098-946-8996
那覇地方法務局人権擁護課	所在地 那覇市樋川1-15-15番地 電話番号 098-854-1215

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護予防通所リハビリテーション

説明者職名 相 談 員 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 印 代筆者氏名 印

介護老人保健施設うりずん 介護予防通所リハビリテーション

* 令和6年7月より通所サービスの料金の一部変更があります。
それに伴い、新たに別紙での契約をよろしくお願い致します。

介護予防通所リハビリテーション料金表(新)

		要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリ費	一月につき	2268	4228
サービス提供体制強化加算 I	一月につき	88	176
科学的介護推進体制加算	一月につき	40	

* 別途合計額(食事代は除く)に8.6%相当の介護職員等処遇改善加算(I)が加わります

食事代	500
-----	-----

※介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して(令和3年4月以前に開始した場合は令和3年4月が起算月)、12月を超えて介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき、要支援1:120単位、要支援2:240単位、をそれぞれ減算する。
* サービス提供体制加算 I とは(以下を満たしているので、加算します)
介護職員の総数に占める勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上であること。
* 科学的介護推進体制加算とは
利用者の心身の状況などのデータを収集し、国に提出すること。

令和 年 月 日

通所系サービスの介護保険の一部改正にあたり、本書面に基つき料金に関する説明を行いました。

通所リハビリテーション

説明者職名 相 談 員

氏名 印

私は、本書面に基ついて事業所から介護保険改正(料金表)の説明を受け、同意しました。

利用者氏名 印

代筆者氏名 印