

医療法人 泰整会
バークレー通所リハビリセンター
重要事項説明書

目次

バークレー通所リハビリセンター御案内

別紙 1

バークレー通所リハビリセンター利用料金

別紙 2

バークレー通所リハビリセンター契約

第 1 条 (契約の目的)

第 7 条 (身体の拘束等)

第 2 条 (適用期間)

第 8 条 (秘密の保持)

第 3 条 (利用者からの解除)

第 9 条 (緊急時の対応)

第 4 条 (当事業所からの解除)

第 10 条 (要望又は苦情の申出)

第 5 条 (利用料金)

第 11 条 (賠償責任)

第 6 条 (記録)

第 12 条 (連帯保証人)

第 13 条 (利用契約に定めない事項)

パークレー通所リハビリセンター

御案内

(令和 6 年 6 月 1 日 現在)

1、施設の概要

1) 施設の名称等

- ・ 施設名 医療法人泰整会 パークレー通所リハビリセンター
- ・ 開設日 平成 22 年 4 月 1 日
- ・ 所在地 沖縄県浦添市当山二丁目 2 番 11-201 号
- ・ 電話番号 098-879-8666
- ・ F A X 098-879-8670
- ・ 管理者 新城 宏隆
- ・ 介護保険指定番号 4710811391
- ・

2) 事業目的

パークレー通所リハビリセンターは、要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限り、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、介護予防・通所リハビリテーションサービスを提供し、利用者の心身機能、日常生活能力の維持改善を支援することを目的とした事業所です。

この目的に沿って、当事業所では以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

3) 運営方針

(1) サービス提供は利用者の心身機能、日常生活能力の維持改善を図るもので、リハビリテーションやその他必要な日常生活上の助言を行います。

(2) 介護支援専門員と連携し、他の介護サービス提供事業所の従業者、家族等への助言を行い、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるように支援します。

(3) 事業の実施にあたり、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の医療・保健・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4) 施設の職員体制(常勤換算)

医師	1 人以上
看護師	1 人以上
理学療法士または作業療法士	1 人以上
健康運動指導士(実践士)	1 名以上

5) 通所定員等

通所定員 10人

6) 営業日・営業時間

【営業日】月・火・木・金・土曜日

【休日】祝日、水曜、日曜、年末・年始（12/31～1/3）

【営業時間】午前9時00分から午後6時00分

【サービス提供時間】

- 1 単位 午前9時30分から午前11時00分のうち60分以上90分未満
- 2 単位 午前11時00分から午後12時30分のうち60分以上90分未満
- 3 単位 午後1時30分から午後3時00分のうち60分以上90分未満
- 4 単位 午後3時00分から午後4時30分のうち60分以上90分未満

2、提供サービス内容

- 1) 介護予防・通所リハビリテーション計画の立案
- 2) 健康チェック
- 3) 機能訓練（リハビリテーション）
- 4) 健康・介護相談
- 5) その他

3、協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関

名称 バークレー整形外科スポーツクリニック

- ・ 住所 沖縄県浦添市当山二丁目2番11-201号

緊急時の連絡先：なお、緊急時の場合は、契約書に記入いただいた連絡先に連絡します。

4、施設利用にあたっての留意事項

- 1) 手続きに必要なもの
 - ・ 介護保険手帳・健康保険手帳・老人保健医療受給者証
 - ・ 印鑑

- 2) 通所に必要なもの

- ・ 運動のできる服装・運動シューズでお越してください。
- ・ 現在服薬中の薬・薬剤情報説明書

個人の持ち物には必ず名前を記入してください。

貴重品、多額の現金、貯金通帳などは持ち込まないでください。紛失しても当事業所では責任を負いかねます。

- 3) 喫煙について

当事業所利用中は禁煙の御協力を御願い致します。

敷地内は全面禁煙となっております。

- 4) 事業所内での飲酒は禁止です。また、酒気を帯びた状態での利用も禁止となります。
- 5) 事業所内での営利行為、宗教活動は禁止となります。
- 6) 他利用者・職員への暴言、暴力行為は禁止です

6、非常災害対策

防災設備 スプリンクラー 消火栓 消火器（定期設備点検）
防災訓練 年1回

7、要望及び苦情等の相談

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。
また、苦情受付ボックスを設置しています。

○苦情受付窓口

（担当者）神山 康成 （電話 098-879-8666）

○受付時間 営業日の 9:00～17:00

〈事業所以外で苦情・要望に対する対応が可能な機関〉

- 1) 浦添市市役所・いきいき高齢支援課（電話：098-876-1234）
- 2) 宜野湾市役所・介護長寿課（電話：098-893-4411）
- 3) 那覇市役所・ちゃーがんじゅー課（電話：098-862-9010）
- 4) 西原町役場・福祉課（電話：098-945-4791）
- 5) 沖縄県国民健康保険団体連合会・苦情処理相談窓口（電話：098-860-9026）
- 6) 沖縄県福祉サービス適正化委員会（電話：098-882-5704）

8、秘密保持等

- 1) 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者及び扶養者若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。（従業者に関しては退職後においても同様の取り扱いとする）
但し、次の各号の情報提供について当事業所は、利用者及び扶養者から予め同意を得た上で行うこととします。
- 2) 介護サービス利用のための市町村、居宅支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- 3) 介護保険サービスの質向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- 4) 前項の規定に関わらず、当事業所は高齢者虐待防止法に定める通報ができるものとし、その場合、当事業所は秘密保持義務違反の責任を負いません。

前項に掲げる事項は利用終了後も同様の取り扱いとします。

<別紙 2>

パークレー通所リハビリセンター 利用料金

<サービス利用料金(1日あたり)>のご案内

(1)介護給付対象 サービスの利用料金は、要介護度に応じて異なります。

※自己負担額は1割負担額を記載しています。

※介護負担割合証にて2割(3割)負担の場合、記載の自己負担額の2倍(3倍)となります。

【1時間以上2時間未満】

介護給付費	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模	サービス利用料金	3,690円	3,980円	4,290円	4,580円	4,910円
日額	自己負担額	369円	398円	429円	458円	491円

加算項目		利用料金	自己負担額(1割)
1	理学療法士等体制強化加算	300円/日	30円/日
2	リハマネジメント加算 イ 6月以内	5,600円/月	560円/月
	リハマネジメント加算 イ 6月超え	2,400円/月	240円/月
	リハマネジメント加算 ロ 6月以内	5,930円/月	593円/月
	リハマネジメント加算 ロ 6月超え	2,730円/月	273円/月
	リハマネジメント加算 ハ 6月以内	7,930円/月	793円/月
	リハマネジメント加算 ハ 6月超え	4,730円/月	473円/月
3	短期集中個別リハ加算	1,100円/日	110円/日
4	生活行為向上リハ加算	12,500円/月	1,250円/月
5	若年性認知症受入加算	600円/日	60円/日
6	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200円/月	20円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50円/月	5円/月
7	科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
8	送迎減算	-470円/日	-47円/日
9	移行支援加算	120円/日	12円/日

(2)介護予防給付対象

介護予防通所リハビリテーション費			
要支援1		22,680円/月	
要支援2		42,280円/月	
加算項目		利用料金	自己負担額(1割)
1	生活行為向上リハ加算	5,620円/月	562円/月
2	(1)長期利用減算 要支援1	1,200円/月	-120円/月
	(2)長期利用減算 要支援2	2,400円/月	-240円/月
3	若年性認知症受入加算	2,400円/月	240円/月
4	退院時共同指導加算	6,000円/初回利用時のみ	600円/初回利用時のみ
5	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200円/月	20円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50円/月	5円/月
6	一体的サービス提供加算	4,800円/月	480円/月
7	科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月

(3)支払方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行いたしますので、その月末までにお支払いください。

お支払い方法は、窓口払いとなっております。

パークレー通所リハビリセンター 契約書

利用者（以下「甲」という）と パークレー通所リハビリセンター（以下「乙」という）は通所リハビリテーションサービス利用について次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

乙は要支援又は要介護状態と認定された甲に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、通所リハビリテーションを提供する。その際、利用者および連帯保証人（以下「丙」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

第2条（適用期間）

本契約は、甲が通所リハビリテーション契約書を提出したときから効力を有します。但し、代理人・連帯保証人に変更が生じた場合、新たに同意を得ることとします。甲は前項に定める事項の他、本契約、別紙1及び2の改定がおこなわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、当事業所の通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

第3条（利用者からの解除）

丙は、乙に対し、利用中止の意思表示することにより、甲の居宅介護サービス計画にかかわらず、本契約にもとづく、通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合、丙は、速やかに乙及び甲の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。但し、甲の正当な理由なく、通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を乙にお支払いいただきます。

第4条（当事業所からの解除）

乙は、丙に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。

- ①甲が要介護認定において、自立と認定された場合
- ②甲の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③甲の病状、心身状態等が著しく悪化し、乙で適切なサービスの提供が困難と判断された場合
- ④丙が、本契約に定める利用料金を2ヶ月分滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合
- ⑤甲が、乙、乙の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥災害、事業所、設備の故障その他やむを得ない理由により、乙の利用をさせることができない場合

第5条（利用料金）

丙は、連帯して、乙に対し、本契約に基づく通所リハビリテーションの対価として、別紙2の利用単価ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び甲が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

乙は、丙が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月10日までに送付し、丙は連帯して、乙に対し、当該合計額をその月末までに支払うものとします。

乙は、丙から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、丙が指定する送付先に対して領収書を送付します。

第6条（記録）

乙は、甲の通所リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。

乙は、甲が前項の記録の閲覧を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、丙及び代理人に対しては、甲の承諾その他必要と認められる限りにおいて、これに応じます。

第7条（身体の拘束等）

乙は原則として、甲に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、事業所管理者又は医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、乙の医師が、その様態及び時間、その際の甲の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

第8条（秘密の保持）

乙は、業務上知り得た丙、若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、乙は、丙から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護サービス利用のための市町村、居宅支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

第9条（緊急時の対応）

① 乙は、甲に対し、事業所医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関の診療を依頼することがあります。

② 乙は、甲に対し、当事業所における対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的医療機関を紹介します。

前2項のほか、通所利用中に甲の心身の状態が急変した場合、乙は、丙が指定する者に対し、緊急に連絡します。

第10条（要望又は苦情等の申出）

丙は、乙の提供する通所リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、担当相談員に申し出ることができます。又、備付けの用紙、管理者宛ての文章で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

第11条（賠償責任）

① 通所リハビリテーションの提供に伴って乙の責に帰すべき事由によって、甲が損害を被った場合、乙は、甲に対して、損害を賠償するものとします。

② 甲の責に帰すべき事由によって、乙・他利用者が損害を被った場合、丙は、連帯して、乙・他利用者に対して、その損害を賠償するものとします。

第12条（連帯保証人）

① 連帯保証人は本契約上負担する一切の債務を利用者と連帯して支払う責任を負います。

② 連帯保証人による請求があったときは、乙は連帯保証人に対し、乙に対する利用料金未払い、賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

第13条（利用契約に定めない事項）

① この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、丙と乙が誠意をもって協議して定めることとします。

② この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要があった場合は沖縄県内の地方裁判所を管轄とします。

上記の契約を証するため、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

医療法人泰整会 バークレー通所リハビリセンター
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

同意書

バークレー通所リハビリセンターを利用するにあたり、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

年 月 日

<事業者>

住所 沖縄県浦添市当山二丁目2番11-201号

名称 医療法人泰整会

代表者 理事長 新城 宏隆 印

説明者 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、バークレー通所リハビリセンター 利用開始に同意致します。

利用者 氏名 _____ 印

住所 _____

同意者 氏名 _____ 印

住所 _____

続柄 _____

医療法人泰整会 バークレー通所リハビリセンター

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契約書

バークレー通所リハビリセンターを利用するにあたり、契約の内容に関して、担当者の説明を受け、これらを十分に理解した上で契約致します。

年 月 日

利用者 (代筆)

氏名	印
住所 〒	電話番号

身元保証人 (キーパーソン)

連帯保証人 (利用料支払い連帯保証人)

氏名	印 (続柄)
住所 (<input type="checkbox"/> 同上) 〒	電話番号

緊急連絡先

【緊急時及び事故発生時の連絡先】

氏名 (続柄)	電話番号
氏名 (続柄)	電話番号

(事業者)

住所 沖縄県浦添市当山二丁目 2 番 11-201 号
名称 医療法人泰整会
代表者 理事長 新城 宏隆