

碧海中央クリニックリハビリテーション重要事項説明書

あなた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）サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称 碧海中央クリニック
所在地 刈谷市野田町新上納 300 番地 1
代表者名 理事長 深谷 英一
電話番号 0566 (63) 5200
FAX 番号 0566 (63) 5210

愛知県知事から指定を受けているサービスの種類と指定番号 2312901743

2. 事業の目的と運営方針

(1) 目的

居宅において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に心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と密な連絡を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態とならないことの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

3. ご利用事業所の従業員数及び勤務の体制

管理者	1名	(兼務)
医師	1名	(兼務)
理学療法士	3名	(兼務)

4. 営業時間

営業日・営業時間

午前9時20分～午前10時30分まで（月～土）
午前11時00分～午後0時10分まで（月～土）
午後0時50分～午後2時00分まで（土）
午後2時30分～午後3時40分まで（月～水、金）
午後4時00分～午後5時10分まで（月～水、金）
午後5時50分～午後7時00分まで（月～水、金）

注) 診療所休診日を除きます。

5. 通常の実施地域

刈谷市、安城市、高浜市、知立市、碧南市、豊田市とする。

6. 通所リハビリテーションのサービス内容

(1) 機能訓練サービス

個別リハビリテーション、体操その他の運動を行います。

(2) 日常生活の援助

排泄・移動の介助やその他、必要な身体の介護を行います。

(3) 健康管理の確認

(4) 相談・助言等

日常生活における介護等に関して相談に応じ、助言を行います。

7. 利用料

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

< 1 単位 = 10.83 円 > 自己負担金は介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

① 支援

介護予防通所リハビリテーション費 (要支援 1) 2268 単位/月

(要支援 2) 4228 単位/月

② 要介護

通常規模型リハビリテーション費 (要介護 1) 369 単位/回

(要介護 2) 398 単位/回

(要介護 3) 429 単位/回

(要介護 4) 458 単位/回

(要介護 5) 491 単位/回

8. 秘密保持について

- 1 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り甲に対するサービスの提供に当たって知りえた甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙は、乙の従業員が退職後、在籍中に知りえた甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- 3 乙は、好悪予備校の家族の個人情報を用いる場合は、甲又は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当会議等において甲又は甲の家族の個人情報を用いませぬ。

9. 苦情申立窓口

碧海中央クリニック

河村 俊

ご利用時間 平日 午前 8 時 45 分～午後 12 時 45 分

連絡先 0566 (63) 5200

刈谷市長寿課

連絡先 0566 (62) 1063

安城市福祉部高齢福祉課介護保険係

連絡先 0566 (71) 2290

高浜市福祉部介護障がいグループ

連絡先 0566 (52) 9871

知立市長寿介護課

連絡先 0566 (95) 0122

碧南市健康推進部高齢介護課介護保険係

連絡先 0566 (95) 9889

豊田市市民福祉部介護保険課

連絡先 0565 (34) 6634

愛知県国民健康保険団体連合会

連絡先 052 (971) 4165

10. 緊急時の対応方法

当病院で速やかに対応をします。また緊急連絡先にご連絡いたします。

緊急連絡先

電話番号

住所

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲1に対する居宅サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 対してサービス内容及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙) 所在地 刈谷市野田町新上納300番地1
名 称 碧海中央クリニック

氏名 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者(甲1) 住所

氏名 印

利用者の家族(甲2) 住所

氏名 印