

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 事業者

事業者の名称	医療法人社団 三育会
法人所在地	東京都新宿区大久保
代表者氏名	理事長 英 裕雄
電話番号	03-5272-5600

(2) 施設

施設の名称	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック
所在地	東京都新宿区大久保 2-11-15 大林ビル 1・2 階
管理者氏名	院長 英 裕雄
電話番号	03-5272-5610
FAX 番号	03-5272-5630
開設年月日	2019 年 4 月 1 日
介護保険指定番号	1315723515

2. 施設の目的及び運営方針

(1) 目的

当事業所では介護保険の申請を行なわれ要支援、要介護の認定を受けられた方に対して、医師の指示のもと、理学療法士（作業療法士または言語聴覚士）、他の専門のスタッフにより、心身の機能の維持回復を図り、自立した日常生活が送れる状態になることを目標に、理学療法（作業療法または言語聴覚療法）その他必要なリハビリテーションやレクリエーション等を計画的に行います。

(2) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、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、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

地域や家庭との結びつきを重視し、関係自治体、居宅介護支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、『自立＝修了』に向けたサービス提供を行っていきます。

3. 利用定員

当事業所は1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを実施します。1単位（1グループ）の定員は以下の通りです。※世情により変動あり

定員(1単位)	4名	実施単位/日	3単位
---------	----	--------	-----

4. 通常の実施地域

実施地域	大久保、戸山、北新宿、百人町、新宿7丁目
------	----------------------

5. 営業日及び営業時間

営業日	土日祝日を除く月曜から金曜
営業時間	月曜～金曜：8:30～12:35

6. 職員体制

職員の職種	人数	常勤（人）		非常勤（人）		常勤換算人数	職務の内容
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長（医師）	1		1				運営管理・診察 ・医療業務
理学療法士	6	2	4			2.5	リハビリ業務全般
作業療法士	2		2				同上
言語聴覚士							同上

7. サービス内容

（1）（介護予防）通所リハビリテーションサービス計画の立案

当事業所でのサービスは、身体機能の維持及び向上を目指し、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成される（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づいて提供いたします。

（2）医学的管理・看護・介護

利用者の病状及び心身の状況に照らして行う適切な医療及び医学手管理の下における看護・介護並びに日常生活上のケアを行います。

（3）機能訓練

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止します。

（4）レクリエーション・クラブ活動等

（5）行事（年間・月間）

（6）相談及び援助

利用者又は家族等からの介護サービスに関わる諸々の相談に対応します。

（7）送迎（要介護の方優先。要支援の方は応相談）

8. 利用者負担の額

(1) 国が定めた介護報酬によるもの

○通所リハビリテーション費 *基本サービス利用料(地域加算区分含む) ※概算値

介護度	利用料 1 日			備考
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	¥ 409	¥ 819	¥ 1,228	
要介護 2	¥ 442	¥ 884	¥ 1,325	
要介護 3	¥ 476	¥ 952	¥ 1,428	
要介護 4	¥ 508	¥ 1,017	¥ 1,525	
要介護 5	¥ 545	¥ 1,090	¥ 1,635	

加算項目		利用料		
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1 日につき	¥7	¥13	¥19

例：要介護 1（1 割）の方が、月 4 回利用時（409 円+7 円）×4 回 = 1,664 円

※送迎利用可否や減算対応など条件により増減がありますので概算値として

○介護予防通所リハビリテーション費 *基本サービス利用料(地域加算区分を含む) ※概算値

	利用料月額			備考
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要支援 1	¥2,517	¥5,035	¥7,552	1 月につき
要支援 2	¥4,693	¥9,386	¥14,079	1 月につき

加算項目		利用料		
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援 1	¥27	¥53	¥79
	要支援 2	¥53	¥107	¥159

例：要支援 2（1 割）の方 月 4 回利用時（4,693 円+53 円）=4,746 円

要支援 1（1 割）の方 月 4 回利用時（2,517 円+27 円）=2,544 円

※月額料金となりますのでご周知ください。

※その他利用条件により増減ありのため概算値としてご確認ください

(2) 介護報酬によらないもの（全額自己負担分）

⑤その他サービス提供時間中に必要なものがあれば、その都度ご説明し、同意をいただいたものに限り、実費をいただきます。

9. 苦情・相談体制

利用者及びその家族は、当事業所が提供する（介護予防）通所リハビリテーションサービスに対する苦情・相談を下記窓口申し出ることができます。

当事業所相談窓口	医療法人社団三育会 リハビリテーション部 小椋 電話番号：03-5272-5600
新宿区窓口	新宿区福祉部介護保険給付係 電話番号：03-5273-3497
国保連窓口	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 介護相談窓口担当係 電話番号：03-6238-0177

10. 個人情報の取り扱い

(1) 事業所職員に対し、職員である機関および職員でなくなった後においても、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう指導教育を適時行う他、事業所職員等が本規定に違反した場合は違約金を求めるものとします。

(2) 第1項の規定に関わらず、当法人及び当事業所で定める範囲内で、個人情報を使用する場合があります。但しその場合は、事前に利用者又はその家族に使用目的を説明し同意を得ることとします。

また、サービス提供記録に関しては、利用者様の求めに応じて必要性が妥当である場合は開示させていただきます。