

# 山王リハビリステーション 重要事項説明書

## 1、事業の目的及び運営の方針

山王リハビリステーション（機能訓練対応 通所介護施設）は、要介護状態または要支援状態にある方々と、大田区の総合事業対象者の方々に、日常生活の自立、機能回復、維持を目的に個別性を重視した機能訓練を提供致します。

訓練プログラムは、リハビリ専門医、看護師、理学療法士、作業療法士が作成し、介護スタッフが皆様の機能訓練をサポート致します。

※ 当施設は医療施設ではなく介護施設となりますので、医師は常勤していません。

## 2、ご利用いただける方

原則として、介護保険の要介護認定・要支援認定を受けている方、大田区にお住まいの総合事業対象者の方々が対象となります。

当施設の機能訓練サービスを受けるにあたり、ご本人またはご家族から、主治医への機能訓練参加の可否のご確認をお願い致しております。より適正かつ効果的なサービス提供につながりますよう、ご理解ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

## 3、提供するサービス内容

- \* 主に生活全般の維持・改善につながる機能訓練
- \* 日常生活をより楽しく過ごすための活動や体操
- \* 健康状態の観察
- \* 日常生活を円滑に行うための指導・助言
- \* 介護者への介護方法指導
- \* 福祉用具(車椅子・杖など)や住環境整備についての相談・助言

### サービスを提供する担当者

サービスを提供する担当者は、事業者が決定し、必要に応じて変更します。担当者を変更する場合は、事前にお知らせします。担当者に関して利用者からご希望があった場合でも、そのご希望に沿えないことがあります。

### 他の事業者等の関係者との連携体制

他の事業者または保険者等の関係者との間でサービスの提供に必要な情報を共有し、互いに密接に連携しながら、サービスを提供します。

## 4、営業日、営業時間

月曜日～金曜日（祝日含む）（但し12/29～1/4は除く）

8：30～17：30（営業時間）

9：00～12：15（午前のサービス提供時間）

13：30～16：45（午後のサービス提供時間）

## 5、職員の職務体制

職 種	役 割	員 数
管 理 者	施設に携わる従業員の管理、指導を行います。	1名
生活相談員	利用者の日常生活上の介護や相談、助言、通所介護計画の作成等を行います。	1名以上

機能訓練 指導員	利用者の日常生活を営むのに必要な機能の維持・向上するための 訓練指導、助言を行います。	1名以上
看護師 介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管 理、その他必要な業務の提供にあたる。	1名以上 7名以上

## 6、通常の実施地域

(大田区) 山王、中央、池上、仲池上、南馬込、北馬込、西馬込、東馬込、中馬込、大森北、  
大森西、西蒲田1～7丁目、上池台、久が原、東雪谷

## 7、お休みの連絡について (キャンセル料金について)

あなたの都合により当施設をお休みする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

(連絡先電話番号) 03-3772-5122 (留守番電話あり)

当施設の通所介護サービス、または大田区地域支援事業をお休みした場合は、原則として、以下のキャンセル料金を頂きますのでご了承ください

(ご利用日の前日17:30までに、ご連絡していただければ、キャンセル料は一切かかりません)。

また、ご利用日の振替が可能ですので、お気軽にご相談ください。

キャンセル料金 (要介護、大田区要支援者・事業対象者の方)	
サービス前営業日17:30までの連絡	無料
サービス前営業日17:30以降、当日の連絡	440円をご負担頂きます

## 8、お客様相談窓口

### 1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 管理者 佐藤 詠介

電話 03-3772-5122

受付時間 月～金曜日の8:30～17:30

### 2) 当法人のお客様相談・苦情窓口

担当者 山王リハビリ・クリニック 事務局 寺田 理恵

電話 03-3776-8225

受付時間 月～金曜日の10:00～12:00、13:00～16:00

### 3) 当法人以外に、お住まいの区市町村及び東京都国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口に苦情を伝えることも出来ます

あ) 大田区福祉部介護保険課

03-5744-1359

い) 東京都国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口03-6238-0177

受付時間 9時～17時 (土・日・祝祭日を除く)

## 9、苦情対応 (サービスを提供する担当者に苦情の申し出があった場合の対応)

サービスを提供する担当者に苦情の申し出があった場合は、当該担当者は、速やかに、苦情窓口担当者に報告します。同報告後、苦情担当者において苦情の対応を行います。

## 10、サービス提供中における、緊急時の対応

看護師等による応急処置を行い、看護師等から医師へ連絡する



医師による指示、看護師による処置を行う（救急車を手配することもあります）



利用者家族・介護支援専門員・行政へ報告する（詳細を記録、保管します）

## 1 1、事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び区市町村へ連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の状況および事故に際して採った処置について記録をします。

## 1 2、損害賠償について

事業者の責に帰すべき事由より利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任が減免される場合があります。

### 1 3-1、通所介護費（1回あたりのご利用料金）

あなたがサービスを利用した場合、お支払いいただく利用者負担金は、原則として以下のご利用料金の1割または2割または3割料金になっております（自己負担料金として表示）。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスをする場合は、支給限度額を超えたご利用料金を御負担いただきます。

ご利用料金（通常規模型通所介護費 3時間以上4時間未満）				
	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1（1日ごと）	4,033円	404円	807円	1,210円
要介護2（1日ごと）	4,610円	461円	922円	1,383円
要介護3（1日ごと）	5,221円	523円	1,045円	1,567円
要介護4（1日ごと）	5,809円	581円	1,162円	1,743円
要介護5（1日ごと）	6,409円	641円	1,282円	1,923円

加算料金				
生活機能向上連携加算（Ⅱ）1 ※個別機能訓練加算を算定していない場合 （1月ごと）	2,180円	218円	436円	654円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）2 ※個別機能訓練加算を算定している場合 （1月ごと）	1,090円	109円	218円	327円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ （1日ごと）	610円	61円	122円	183円

個別機能訓練加算 (I) ロ (1日ごと)	828円	83円	166円	249円
個別機能訓練加算 (II) (1月ごと)	218円	22円	44円	66円
ADL維持等加算 (I) (1月ごと)	327円	33円	66円	99円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6月ごと)	218円	22円	44円	66円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6月ごと)	54円	6円	11円	17円
口腔機能向上加算 (I) (上限1月2回)	1,635円	164円	327円	491円
口腔機能向上加算 (II) (上限1月2回)	1,744円	175円	349円	524円
科学的介護推進体制加算 (1月ごと)	436円	44円	88円	131円
送迎減算 (片道)	-512円	-52円	-103円	-154円
サービス提供体制強化加算 (I) (1日ごと)	239円	24円	48円	72円

\* 処遇改善加算 (I) (1月ごと) ※総単位数の9.2%が加算となります  
週1回のご利用で、概ね199円～287円 (1割負担の場合)

実 費 料 金	
おやつ代	無料

\* 1回あたりの料金は通所介護費+生活機能 (II) 2+個別 (I) イ+個別 (II)  
+科学的介護+サービス提供+ADL (I) +処遇で、  
要介護1の方は概ね590円、要介護2の方は概ね653円、要介護3の方は概ね720円、  
要介護4の方は概ね784円、要介護5の方は概ね850円となります (1割負担の場合)。

### 13-2、大田区総合事業 (1回あたりのご利用料金)

あなたがサービスを利用した場合、お支払いいただく利用者負担金は、原則として以下のご利用料金の1割または2割または3割料金になっております (自己負担料金として表示)。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスをする場合は、支給限度額を超えたご利用料金を御負担いただきます。

ご 利 用 料 金 (2時間以上5時間未満)				
(月単位の定額料金)	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
はっらっ体力アップサポート (事業対象者・要支援1・要支援2) /回	4,251円	426円	851円	1,276円

(※原則週2回まで、月9回まで、1年間のご利用となります。)

加 算 料 金				
	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担

口腔機能向上加算（1月ごと）	1, 6 3 5 円	1 6 4 円	3 2 7 円	4 9 1 円
----------------	------------	---------	---------	---------

実 費 料 金	
おやつ代	無料

- \* 1回あたりの料金は、概ね426円となります（1割負担の場合で加算料金除く）。
- \* サービス利用月の翌月25日までに、サービス利用月のサービスの提供回数、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、サービス利用前月の領収書と一緒に送付させていただきます。
- \* またご利用料金は、原則としてサービス利用月の翌月27日に口座自動引き落としにさせていただきます。

#### 14、その他の注意事項、お願い

- A 機能訓練時には、医療スタッフ並びに各スタッフの指示に従ってください。
- B 体調不良などの場合は、事前にご連絡ください。
- C 台風・雪などの悪天候や担当スタッフの研修会参加・体調不良など、やむを得ない事情でお休みさせていただきますことがあります。
- D 天候や交通事情などにより、送迎のお約束時間が多少前後することがあります。
- E 業務の必要上、立ち入ったことをお聞きする場合がありますが、ご利用者又はご家族の私的情報はかたく保持されますので、ご安心下さい。またご利用者の個人情報を用いる場合はご利用者と、ご家族の同意を得ない限り、それらの個人情報を用いませぬ。
- F リハビリテーション会議等、複数人による会合は、テレビ電話装置等の方法で開催することがありますのでご了承ください。
- G 非常災害の対策は、事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する計画を定めております。また、定期的に避難訓練等を行なっております。非常災害時には、各スタッフの指示に従って下さい。
- H ご希望があれば、より適切な機能訓練を行うことを目的として、ご利用者の皆様の身体状況を把握する為に 半年～1年に1回の頻度で、山王リハビリ・クリニックでの受診をおすすめ致します。
- I サービスのご利用に当たっては、職員の心身に危害を及ぼし、又は及ぼすおそれのある行為（暴力または、暴言その他の迷惑行為、不快感を与える性的な言動）は行わないで下さい。

#### 15、「高齢者虐待」の防止について

当事業所は「高齢者虐待の防止、高齢者の義護者に対する支援等に関する法律」に基づき、利用者に対する従業者の高齢者虐待を防止するため、従業者に対する研修及び指導を行っています。

#### 16、「ハラスメント」の防止について

##### (1) 当法人の基本方針

当法人は、「ハラスメントはしない、させない、見逃さない」誰であっても、誰からも「ハラスメント」を受けることがない、「ハラスメント」の無い職場環境(介護サービスの提供・利用環境)の実現を目指しています。

##### (2) 「ハラスメント」の意味

介護サービスの提供・利用の場面で、①暴力、暴言又は著しく不当な要求その他相手方に著しく迷惑をかける言動、又は②相手方に不快感を与える性的な言動(セクシャルハラスメント)を意味します。

##### (3) 従業員に対する教育及び指導

当法人は、従業員に対して、利用者又はその家族に対して「ハラスメント」を行うことがないよ

う研修及び指導を行っています。

(4) 苦情又は相談

従業員から「ハラスメント」を受けた場合は、苦情相談窓口にご相談又は苦情をお申し出ください。苦情担当者が速やかに対応します。

(5) 利用者又はその家族による「ハラスメント」の禁止

介護サービスの提供を困難にしますから、従業員に対する「ハラスメント」は行わないでください。

### 17、山王リハビリステーションに係る契約が終了する際の措置

山王リハビリステーションに係る契約が終了する際には、事業者は、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を取り、必要な措置を速やかに講じます。

ただし、利用者又はその家族による従業員に対する暴力もしくは暴言その他の著しい迷惑行為又は不快感を与える性的な言動が原因で、同契約が終了する際には、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を取り、後任の介護事業者の紹介その他の必要な措置を講じます。

### 18、ご利用日の確認

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

\*送迎サービスのご利用について 本人等の意向を踏まえて調整した結果

送迎サービス ( 曜日 行き : 帰り : ) なし

送迎サービス ( 曜日 行き : 帰り : ) なし

医療法人社団 涓泉会 山王リハビリステーション

〒143-0023 大田区山王三丁目45番地3号 山王ヒルズ1階

TEL: 03-3772-5122 FAX: 03-3772-5160

担当 佐藤 (さとう)、森 (もり)

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙 (一部) となることについても同意します。

本人家族への説明	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
年 月 日			

令和 6年 6月改訂版