

指定介護老人保健施設

リハビリパークあきる野 重要事項説明書

(令和6年8月1日改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1355280015号)

当事業所はご契約者に対して介護老人保健施設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「要介護」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でも暫定的にサービスを利用できる場合があります。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 緊急時の対応	3
4. 居室等の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
7. 苦情の受付について	7
<重要事項説明書付属文書>	9

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町二丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 隆
(5) 設立年月日 平成2年2月1日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定介護老人保健施設事業所・平成30年6月1日指定
東京都 1355280015 号
- (2) 事業所の目的 看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の
お世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じ
た日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ること
ができるように支援することを目的とした施設です。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設リハビリパークあきる野
(4) 事業所の所在地 あきる野市湊上1番地
(5) 電話番号 042-533-3402
(6) 事業所長(管理者) 中島 正男
- (7) 当事業所の運営方針
契約者(利用者)のニーズを踏まえた適正なサービスを提供致します。
家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。
- (8) 開設年月 平成30年6月1日
- (9) 営業日及び営業時間
- | | |
|------|--------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 8時30分～17時30分 |
- (10) 利用定員 入所150名
- (11) サービス提供までの流れ
介護保険被保険者証、診断書等を提示して頂き、利用ご希望の方が当サービスにて対応で
きる方であるか、入所検討会議にて決定させて頂きます。その後サービス利用
ご契約になります。

(12) サービスをお受け頂けない方

- ① 緊急な医療が既に必要になっている方
- ② 一部の感染症をお持ちの方、疑いのある方(空気感染など)
- ③ 要介護状態にない方

(13) 入所、退所の時間

入退所の希望時間を担当職員までお知らせください。

(14) 送迎サービス

送迎を希望される方へのサービスがありますが、基本的にはご家族の方の御協力をお願いしております。

(15) お持ち物

お薬(現在内服中のものをお持ち下さい。)、日数相当分の衣類、下着
介護保険被保険者証、負担割合証、健康保険証、洗面用具等

(16) キャンセル

キャンセルは前日17時までにご連絡下さい。

3. 緊急時の対応

- (1) 体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合ご家族に確認の上、医療機関へご紹介、転院させていただきます。その際ご家族も医療機関へ向かって頂けるようお願い致します。
- (2) 送迎時の事故
送迎時に事故が発生した場合は、速やかにご家族にご連絡し、怪我などの有無をご家族にご報告の上、当方に過失が認められた場合は各種保険により医療費等の賠償をさせていただきます。

4. 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

利用される居室は、1ユニット当り 10人で構成され、全て1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット数	15ユニット	1階1ユニット(10床) 2、3、4階4ユニット(40床) 5階2ユニット(20床)
合 計	150室	
食堂	15室	機能訓練室兼用
機能訓練室	1室	リハビリ器具を設置
浴室	18室	機械浴・特殊浴槽・個別浴
医務室	1室	

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、介護老人保健施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

・居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、各関係職員等と協議のうえ決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護老人保険施設介護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。

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	医師	1 名	0 名	医師	1 名	従業員及び業務の管理
医師	医師	1 名	3 名	管理者	4 名	利用者の健康管理
薬剤師	薬剤師	0 名	1 名	なし	1 名	薬剤業務
歯科衛生士	歯科衛生士	0 名	0 名	なし	0 名	口腔ケア
介護従事者	介護福祉士	10 名	11 名	なし	21 名	入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	介護員	32 名	58 名	なし	90 名	
支援相談員	社会福祉士	0 名	0 名	通所兼務	2 名	利用者及び家族に支援相談業務
	社会福祉主事	2 名				
看護職員	看護師	6 名	14 名	通所兼務	20 名	保健衛生並びに看護業務
	准看護師	2 名	14 名	なし	16 名	
リハビリ職員	理学療法士	3 名	1 名	通所兼務	4 名	機能訓練業務
	作業療法士	1 名	1 名	通所兼務	2 名	
	言語聴覚士	2 名	0 名	通所兼務	2 名	
給食職員	管理栄養士	3 名	2 名	通所兼務	5 名	栄養・給食業務
	栄養士	0 名	0 名	通所兼務	0 名	
	調理師・調理員	6 名	8 名	通所兼務	14 名	
介護支援専門員	介護支援専門員	3 名	0 名	介護職	3 名	ケアプランの作成
事務職員	なし	2 名	0 名	通所兼務	2 名	庶務及び経理
合計		74 名	113 名	—	187 名	—

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に基づき、7割・8割・9割が介護保険から適用されます。

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・おむつは適切に交換いたします。

③機能訓練(リハビリ)

- ・理学療法士・作業療法士等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、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実施します。

④送迎サービス

- ・送迎を希望される方へのサービスがありますが、基本的にはご家族の方の御協力をお願いしております。

⑤管理栄養指導

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって頂く事を原則としています。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金(別表①)を、負担割合証に記載された負担割合(1割・2割・3割)でご負担頂きます。尚、生活保護など公費負担が適用となる場合もあります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

料金詳細は別表②をご参照ください。

① 食費

② 居住費

※利用者負担限度額の認定を受けられる方は段階により費用が異なります。

③ 理髪・美容

理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)を有料でご利用いただけます。

④ レクリエーション、クラブ活動

御入所者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。

⑤ 複写物の交付

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。

⑥ その他の費用(例示)

電気使用料

予防接種代

入所証明書料

診療情報提供書

死亡診断書

日用品費

① おしぼり(朝食・昼食・夕食時各1本使用となります。)

② 石鹸 (洗面・手洗い時)

③ リンスインシャンプー(入浴時:入浴は週2回程度となります。)

④ ボディーソープ (入浴時:入浴は週2回程度となります。)

⑤ 歯みがきセット・口腔ケアスポンジ

⑥ タオル

なお、レンタルとしてAセット(バスタオル、フェイスタオル)とBセット(Aセットに加え、日常着(上下)、肌着(七分袖))がご利用頂けます。どちらかのセットをレンタルした場合、上記日用品①～⑤がサービス品として提供されます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

※ 経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明する

よう努めます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記の利用月分費用は、翌月15日には請求書を発送致しますので

翌月末日までにお支払いください。お支払いの無い場合、督促をさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、介護老人保健施設サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。

その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下のところで受け付けます。

○ 苦情受付窓口(担当者) 介護支援専門員

○ 受付日 随時

○ 受付時間 8時30分～17時30分

○ 電話・FAX でも受け付けております。

電話番号 042-533-3402 FAX 042-533-3885

(2) 苦情の対応

1) 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置しております。

○ 相談、苦情に対する常設の窓口を介護支援相談員が担当いたします。

○ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整えております。

2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順について

○ 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認を致します。

○ 苦情がサービス提供業務に関するものである場合、担当の職員に事実を確認致します。

○ 必要に応じて職員を招集し会議を開き、その結果に基づいた対応を協議致します。

○ 施設長並びに事務長に経過を報告し、具体的に対応を行います。

○ 苦情の記録は台帳を保管し、再発の防止に役立てます。

○ 以上の事項を職員各位に周知徹底致します。

(3) 行政機関その他、苦情受付機関

あきる野市 高齢者支援課	所在地 あきる野市二宮 350 番地 電話番号 042-558-1111 (代表) 受付時間 平日 9時00分～17時00分
東京都国民健康保険団体 連合会 介護相談指導課	所在地 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 電話番号 03-6238-0177 (苦情専用) 受付時間 平日 9時～17時

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建のうち1～5階部分
- (2) 建物の延べ床面積 6,578.24 m²

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

医 師

- ・ご契約者の健康管理と療養指導を行い、個々の心身の状態を把握し他職種へ療養上の指示を行います。
- ・急変時には関係医療機関と連携をはかります。

薬剤師

- ・ご契約者の心身の状態を把握し、規制薬品の量を管理するとともに薬剤の相互・干渉作用等の情報収集等を行い、薬剤誤飲等による不測の事態に対処できるよう、常に施設職員と連携をはかります。

リハビリ職員

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からなり、ご契約者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、体力作りや基本動作の獲得、活動や参加の促進に向けたリハビリテーションを行います。

看護職員

- ・医師の指示のもと、ご契約者の健康管理や療養上のお世話を行います。

介護職員

- ・ご契約者の日常生活上(食事・入浴・排泄)のお世話を行います。
- ・ご契約者が笑顔になれるようレクリエーションや行事を開催します。

歯科衛生士

- ・ご契約者に対して口腔ケアを行い、口腔内の清潔を保ち、誤嚥予防に努めます。

支援相談員

- ・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、ご家族との連絡調整を行います。

管理栄養士・栄養士及び調理員

- ・医師の指示のもと疾病や嚥下といったご契約者の心身の状況に応じた献立を作成し食事を提供します。
- ・他職種と連携し、栄養ケアマネジメントに取り組みます。

介護支援専門員

- ・ご契約者の意思を尊重し生活機能の維持・向上を目指した介護計画の作成を担当します。
- ・ご契約者の居宅における生活への復帰にあたっては、他職種やご家族との連携にとどまらず、

居宅介護支援事業所やその他居宅サービス事業者との連携に努めます。

3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧していただき、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の契約者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。その場合には、ご家族にも連絡、説明させていただきます。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
(守秘義務)
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品(持ち込む場合には自己責任)、生花

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ①居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②著しく施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但しその場合ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ④当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動その他の行為を行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。
(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	公立阿伎留医療センター
所在地	あきる野市引田78-1

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	あきる歯科
所在地	あきる野市洲上264-3

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌^{しんしゃく}して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② ご契約者が入院された場合③ 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立・要支援と判定された場合④ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合⑤ 施設の滅失^{めっしつ}や重大な毀損^{きそん}により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑥ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑦ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|--|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外(実費負担)サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護老人保健施設サービスを実施しない場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ^{いちじく} 著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上^{ちえん}遅延し、相当期間を定めた^{さいこく}催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④同意した重要事項説明書中のサービス内容及び実施したサービスに関して、同意後に異議申立てがあった場合。また、この場合に双方の協議にもかかわらず利用者の同意が再び得られなかった場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を^{かんあん} 勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 非常災害対策

(1) 非常災害に対しては、当施設で定める防火管理規定に則り、自動火災報知器、非常警報設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、誘導灯などの設備を整え、同時に各職員に対する非常時連絡網を完備して万全を期します。

(2) 消防訓練及び避難訓練は年2回以上実施いたします。

8. 感染症対策

当施設において感染症が^{まんえん} 蔓延しないよう、職員は万全の注意を払います。

別表① ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ(i)

(1日あたり)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費(基本型)	802 単位	848 単位	913 単位	968 単位	1018 単位
夜勤配置加算	24 単位/日				
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日				

<各種加算>

項 目	単 位
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	240 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	120 単位/日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	258 単位/日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	200 単位/日
夜勤配置加算	24 単位/日
認知症ケア加算	76 単位/日
若年性認知症入所者受入加算	120 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	34 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46 単位/日
外泊時費用	362 単位/日
外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	800 単位/日
ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)	80 単位/日
ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	160 単位/日
ターミナルケア加算(死亡日前日及び前々日)	850 単位/日
ターミナルケア加算(死亡日)	1700 単位/日
初期加算(Ⅰ)(30日間)	60 単位/日
初期加算(Ⅱ)(30日間)	30 単位/日
再入所時栄養連携加算(1人につき1回限度)	200 単位/回
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450 単位/回
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	480 単位/回
試行的退所時指導加算	400 単位/回
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500 単位/回
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250 単位/回
入退所前連携加算(Ⅰ)	600 単位/回
入退所前連携加算(Ⅱ)	400 単位/回
訪問看護指示加算	300 単位/回
栄養マネジメント強化加算(1日)	11 単位/日
経口移行加算	28 単位/日
経口維持加算(Ⅰ)1月につき	400 単位/月
経口維持加算(Ⅱ)1月につき	100 単位/月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90 単位/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 単位/月
療養食加算(1食)	6 単位/食

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	140 単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	70 単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240 単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100 単位/回
緊急時治療管理	518 単位/日
所定疾患施設療養費(Ⅰ)(1日に1回7日を限度)	239 単位/回
所定疾患施設療養費(Ⅱ)(1月に1回10日を限度)	480 単位/回
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4 単位/日
認知症行動・心理症状対応加算	200 単位/日
認知症情報提供加算(認知症疾患医療センター等への紹介)	350 単位/回
地域連携診療計画情報提供加算	300 単位/回
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(1月につき)	33 単位/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(1月に所定の単位数)	3 単位/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(1月に所定の単位数)	13 単位/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)(1月に所定の単位数)経過措置	10 単位/月
排せつ支援加算(Ⅰ)(1月につき)	10 単位/月
排せつ支援加算(Ⅱ)(1月につき)	15 単位/月
排せつ支援加算(Ⅲ)(1月につき)	20 単位/月
排せつ支援加算(Ⅳ)(1月につき)経過措置	100 単位/月
自立支援促進加算(1月につき)	300 単位/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)	40 単位/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)	60 単位/月
安全対策体制加算(入所時に1回)	20 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位の 71/1000

※ 介護保険の給付対象単位に、10.45 円(あきる野市の地域区分 5 級地)を乗じた額の 1 割または 2 割・3 割(介護保険負担割合証に記載された割合)を利用者に負担して頂きます。

別表②

サービス	料金	備考
食費	1日 1,800円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
居住費	1日 1,940円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
理髪(調髪・顔剃・洗髪)	1回 4,925円	
理髪(カットのみ)	1回 2,825円	
理髪(シェーブ)	1回 1,050円	
レクリエーション・クラブ活動	材料代実費	
複写	1枚 10円	
クリーニング代	別紙記載	
電気使用量	1日 60円	電気機器使用
予防接種	実費	
入所証明書	1枚 5,000円	
診療情報提供書	1枚 3,000円	簡易なもの
	1枚 5,000円	検査があったもの
死亡診断書	1枚 10,000円	

※当事業所指定の外部業者によるセットレンタルを使用できます(6 ページ参照)。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

施設入所利用同意書

リハビリパークあきる野 施設長殿

「介護老人保健施設リハビリパークあきる野」施設入所重要事項説明書について説明を受け、
利用に同意致します。

令和 年 月 日

施 設 長 中 島 正 男

説 明 者 職 名 氏 名

利 用 者 住 所

氏 名

ご家族様など 住 所

氏 名

続 柄

情報提供同意書

居宅介護支援事業者又は保健・医療・福祉サービス事業者に対し、心身の状況や療養の内容・留意点
などの情報提供を行うことに同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

指定介護老人保健施設
リハビリパークあきる野 重要事項説明書
(短期入所療養介護)

(令和6年8月1日改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1355280015号)

当事業所はご契約者に対して短期入所療養介護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・要介護」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でも暫定的にサービスを利用できる場合があります。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 緊急時の対応	3
4. 居室等の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
7. 苦情の受付	7
〈重要事項説明書付属文書〉	9

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町二丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 隆
(5) 設立年月 平成2年2月1日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定短期入所療養介護事業所・平成30年6月1日指定
東京都 第 1355280015 号
- (2) 事業所の目的 短期入所療養介護サービスにおける介護サービス計画に基づいて、看護、
医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常
生活上の世話をを行うとともに、居宅における利用者の療養生活の質の向
上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的と
します。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設リハビリパークあきる野
(4) 事業所の所在地 東京都あきる野市湊上1番地
(5) 電話番号 042-533-3402
(6) 事業所長 (施設長) 中島 正男
- (7) 当事業所の運営方針
契約者(利用者)のニーズを踏まえた適正なサービスを提供致します。
家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。
- (8) 開設年月 平成30年6月1日
- (9) 営業日及び営業時間
- | | |
|---------|--------------|
| 営 業 日 | 年中無休 |
| 受 付 時 間 | 8時30分～17時30分 |
- (10) 利用定員 利用者が申込みをしている当該日の介護老人保健施設サービスの定員数
より実入所者を差し引いた数

(11) サービス提供までの流れ

介護保険被保険者証、診断書等を提示して頂き、利用ご希望の方が当サービスにて対応できる方であるか、短期入所検討会議にて決定させていただきます。その後サービス利用ご契約になります。

(12) サービスをお受け頂けない方

- ① 緊急な医療が既に必要になっている方
- ② 一部の感染症をお持ちの方、疑いのある方(空気感染)
- ③ 要支援・要介護状態にない方

(13) 入所、退所の時間

入退所の希望時間を担当職員までお知らせください。

(14) 送迎サービス

送迎を希望される方へのサービスがあります。配車が必要となりますので、ご契約時に早めにお申し込み下さい。

(15) お持ち物

お薬(現在内服中のものをお持ち下さい。)、日数相当分の衣類、下着
介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険証、洗面用具等

(16) キャンセル

キャンセルは前日17時までにご連絡下さい。

3. 緊急時の対応

(1) 体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合ご家族に確認の上、医療機関へご紹介、転院させていただきます。その際ご家族も医療機関へ向かって頂けるようご要請致します。

(2) 送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族にご連絡し、怪我などの有無をご報告の上、当方に過失が認められた場合は各種保険により医療費等の賠償をさせていただきます。

4. 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、1ユニット当たり 10人で構成され、全て1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット数	15ユニット	1階1ユニット(10床) 2、3、4階4ユニット(40床) 5階2ユニット(20床)
合 計	150室	空床利用型
食堂	15室	機能訓練室兼用
機能訓練室	1室	リハビリ器具を設置
浴室	3室	機械浴・特殊浴槽・一般浴
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、介護老人保健施設に必置が義務付けられている施設・設備です。

・居室の変更：

ご契約者様から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

5. 職員の配置状況

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	医師	1 名	0 名	医師	1 名	従業員及び業務の管理
医師	医師	1 名	3 名	管理者	4 名	利用者の健康管理
薬剤師	薬剤師	0 名	1 名	なし	1 名	薬剤業務
歯科衛生士	歯科衛生士	0 名	0 名	なし	0 名	口腔ケア
介護従事者	介護福祉士	10 名	11 名	なし	21 名	入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	介護員	32 名	58 名	なし	90 名	
支援相談員	社会福祉士	0 名	0 名	通所兼務	2 名	利用者及び家族に支援相談業務
	社会福祉主事	2 名				
看護職員	看護師	6 名	14 名	通所兼務	20 名	保健衛生並びに看護業務
	准看護師	2 名	14 名	なし	16 名	
リハビリ職員	理学療法士	3 名	1 名	通所兼務	4 名	機能訓練業務
	作業療法士	1 名	1 名	通所兼務	2 名	
	言語聴覚士	2 名	0 名	通所兼務	2 名	
給食職員	管理栄養士	3 名	2 名	通所兼務	5 名	栄養・給食業務
	栄養士	0 名	0 名	通所兼務	0 名	
	調理師・調理員	6 名	8 名	通所兼務	14 名	
介護支援専門員	介護支援専門員	3 名	0 名	介護職	3 名	ケアプランの作成
事務職員	なし	2 名	0 名	通所兼務	2 名	庶務及び経理
合計		74 名	113 名	—	187 名	—

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護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。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に基づき、7割・8割・9割が介護保険から適用されます。

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- おむつは適切に交換いたします。

③機能訓練(リハビリ)

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により、ご契約者の心身等の状況に応じて、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実施します。

④送迎サービス

- ・送迎を希望される方のご自宅へお迎え・お送りします。

⑤管理栄養指導

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金(別表①)を負担割合証に記載された負担割合(1割・2割・3割)でご負担頂きます。尚、生活保護など公費負担が適用となる場合もあります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費

② 居住費

※食費と居住費に関しましては利用者負担限度額の認定を受けられる方は段階により費用が異なります。

③ 理髪・美容

理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)を有料でご利用いただけます。

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

⑤ 複写物の交付

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。

⑥ その他の費用(例示)

電気使用料

予防接種代

入所証明書料

死亡診断書料

日用品費 ①おしぼり(朝食・昼食・夕食時各1本使用となります。)

②石鹸 (洗面・手洗い時)

③リンスインシャンプー (入浴時:入浴は週2回程度となります。)

④ボディークリーム (入浴時:入浴は週2回程度となります。)

⑤歯磨きセット・口腔ケアスポンジ

⑥タオル

なお、レンタルとしてAセット(バスタオル、フェイスタオル)とBセット(Aセットに加え、日常着(上下)、肌着(七分袖))がご利用頂けます。どちらかのセットをレンタルした場合、上記日用品

①～⑤がサービス品として提供されます。

おむつ代は利用料に含まれておりますのでご負担の必要はありません。

※経済状態の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当額に変更することがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の利用月分の費用は、翌月15日には請求書を発送致しますので、翌月末日までにお支払いください。お支払いの無い場合、督促をさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所療養介護サービスの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前日までに事業者申し出てください。
- 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契約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契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下のところで受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者) 介護支援専門員
 - 受付日 随時
 - 受付時間 8時30分～17時30分
 - 電話・FAX でも受け付けております。
- 電話番号 042-533-3402 FAX 042-533-3885

(2) 苦情の対応

1) 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置しております。

- 相談、苦情に対する常設の窓口を介護支援専門員が担当いたします。
- 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整えております。

2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順について

- 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認を致します。
- 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認致します。
- 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議致します。
- 施設長並びに事務長に経過を報告し、具体的に対応を行います。
- 苦情の記録は台帳を保管し、再発の防止に役立てます。

- 以上の事項を職員各位に周知徹底致します。

(3) 行政機関その他、苦情受付機関

あきる野市 高齢者支援課	所在地 あきる野市二宮350番地 電話番号 042-558-1111(代表) 受付時間 平日 9時～17時
東京都国民健康保険団体 連合会 介護相談指導課	所在地 東京都千代田区飯田橋3-5-1 電話番号 03-6238-0177(代表) 受付時間 平日 9時～17時

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建のうち1～5階部分
- (2) 建物の延べ床面積 6,578.24 m²

2. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。その場合には、ご家族にも連絡、説明させていただきます。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品(持ち込む場合は自己責任)、生花

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ①居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②著しく施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、

ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

- ④当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません

(3)喫煙

事業所内では喫煙はできません。

(4)サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません)

①協力医療機関

医療機関の名称	公立阿伎留医療センター
所在地	あきる野市引田78-1

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	あきる歯科
所在地	あきる野市湧上264-3

4. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者が死亡した場合②ご契約者が入院された場合(退所となります)③要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合⑤施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑥当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑦ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)⑧事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。) |
|--|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

- 以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。
- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上^{ちえん}遅延し、相当期間を定めた^{かいこ}催告にもかかわらずこれが支払われない場合
 - ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ④ 同意した重要事項説明書中のサービス内容及び実施したサービスに関して、同意後に異議申立てがあった場合。また、この場合に双方の協議にもかかわらず利用者の同意が再び得られなかった場合。

この契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

6. 非常災害対策

(1) 非常災害に対しては、当施設で定める防火管理規定に則り、自動火災報知器、非常警報設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、誘導灯、避難スロープなどの設備を整え、同時に各職員に対する非常時連絡網を完備して万全を期します。

(2) 消防訓練及び避難訓練は年2回以上実施いたします。

7. 感染症対策

当施設において感染症が蔓延しないよう、職員は万全の注意を払います。

別表① ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 I (i)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス費	836 単位	883 単位	948 単位	1003 単位	1056 単位

〈各種加算〉

項 目	単 位
夜勤配置加算	24 単位/日
個別リハビリテーション加算	240 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I)	34 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	46 単位/日
送迎加算(片道当たり)	184 単位/回
総合医学管理加算(利用中 7 日を限度)	275 単位/日
療養食加算(1回につき)	8 単位/回
緊急時治療管理	518 単位/日
認知症専門ケア加算 (I)	3 単位/日
認知症専門ケア加算 (II)	4 単位/日
介護職員等処遇改善加算(II)	所定単位の 71/1000

※ 介護保険の給付対象単位に、10.45 円(あきる野市の地域区分 5 級地)を乗じた額の 1 割または 2 割・3 割(介護保険負担割合証に記載された割合)を利用者に負担して頂きます。

別表②

サービス	料金	備考
食費	1日 1,800円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
居住費	1日 1,940円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
理髪(調髪・顔剃・洗髪)	1回 4,925円	
理髪(カットのみ)	1回 2,825円	
理髪(シェーブ)	1回 1,050円	
レクリエーション・クラブ活動	材料代実費	
複写	1枚 10円	
クリーニング代	別紙記載	
電気使用量	1日 60円	電気器具使用
予防接種	実費	
入所証明書	1枚 5,000円	
診療情報提供書	1枚 3,000円	簡易なもの
	1枚 5,000円	検査があったもの
死亡診断書	1枚 10,000円	

※当事業所指定の外部業者によるセットレンタルを使用できます(6 ページ参照)。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

短期入所療養介護利用同意書

リハビリパークあきる野 施設長殿

「介護老人保健施設 リハビリパークあきる野」短期入所療養介護重要事項説明書について説明を受け、利用に同意致します。

令和 年 月 日

施設長 中 島 正 男

説明者 職 名 氏 名

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご家族様など 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

情報提供同意書

居宅介護支援事業者又は保健・医療・福祉サービス事業者に対し、心身の状況や療養の内容・留意点などの情報提供を行うことに同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

指定介護老人保健施設
リハビリパーク 重要事項説明書
(介護予防短期入所療養介護)

(令和6年8月1日改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1355280015号)

当事業所はご契約者に対して短期入所療養介護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・要介護」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でも暫定的にサービスを利用できる場合があります。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 緊急時の対応	3
4. 居室等の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	5
7. 苦情の受付について	7
<重要事項説明書付属文書>	9

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町二丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 隆
(5) 設立年月 平成2年2月1日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定短期入所療養介護事業所・平成30年6月1日指定
東京都 第 1355280015 号
- (2) 事業所の目的 短期入所療養介護サービスにおける介護サービス計画に基づいて、看護、
医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常
生活上の世話をを行うとともに、居宅における利用者の療養生活の質の向
上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的と
します。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設リハビリパーク 指定短期入所療養介護事業所
(4) 事業所の所在地 東京都あきる野市湊上1番地
(5) 電話番号 042-533-3402
(6) 事業所長 (施設長) 中島 正男
- (7) 当事業所の運営方針
契約者(利用者)のニーズを踏まえた適正なサービスを提供致します。
家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。
- (8) 開設年月 平成30年6月1日
- (9) 営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休
受 付 時 間	8時30分～17時30分

- (10) 利用定員 利用者が申込みをしている当該日の介護老人保健施設サービスの定員数
より実入所者を差し引いた数
- (11) サービス提供までの流れ

介護保険被保険者証、診断書等を提示して頂き、利用ご希望の方が当サービスにて対
応できる方であるか、短期入所検討会議にて決定させていただきます。その後サービス利用ご契
約になります。

(12) サービスをお受け頂けない方

- ① 緊急な医療が既に必要になっている方
- ② 一部の感染症をお持ちの方、疑いのある方(空気感染)
- ③ 要支援・要介護状態にない方

(13) 入所、退所の時間

入退所の希望時間を担当職員までお知らせください。

(14) 送迎サービス

送迎を希望される方へのサービスがあります。配車が必要となりますので、ご契約時に早めにお申し込み下さい。

(15) お持ち物

お薬(現在内服中のものをお持ち下さい。)、日数相当分の衣類、下着
介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険証、洗面用具等

(16) キャンセル

キャンセルは前日17時までにご連絡下さい。

3. 緊急時の対応

(1) 体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合ご家族に確認の上、医療機関へご紹介、転院させていただきます。その際ご家族も医療機関へ向かって頂けるようご要請致します。

(2) 送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族にご連絡し、怪我などの有無をご報告の上、当方に過失が認められた場合は各種保険により医療費等の賠償をさせていただきます。

4. 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、1ユニット当たり 10人で構成され、全て1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット数	15ユニット	1階1ユニット(10床) 2、3、4階4ユニット(40床) 5階2ユニット(20床)
合 計	150室	空床利用型
食堂	15室	機能訓練室兼用
機能訓練室	1室	リハビリ器具を設置
浴室	3室	機械浴・特殊浴槽・一般浴
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、介護老人保健施設に必置が義務付けられている施設・設備です。

居室の変更：

ご契約者様から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護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。

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	医師	1 名	0 名	医師	1 名	従業員及び業務の管理
医師	医師	1 名	3 名	管理者	4 名	利用者の健康管理
薬剤師	薬剤師	0 名	1 名	なし	1 名	薬剤業務
歯科衛生士	歯科衛生士	0 名	0 名	なし	0 名	口腔ケア
介護従事者	介護福祉士	10 名	11 名	なし	21 名	入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	介護員	32 名	58 名	なし	90 名	
支援相談員	社会福祉士	0 名	0 名	通所兼務	2 名	利用者及び家族に支援相談業務
	社会福祉主事	2 名				
看護職員	看護師	6 名	14 名	通所兼務	20 名	保健衛生並びに看護業務
	准看護師	2 名	14 名	なし	16 名	
リハビリ職員	理学療法士	3 名	1 名	通所兼務	4 名	機能訓練業務
	作業療法士	1 名	1 名	通所兼務	2 名	
	言語聴覚士	2 名	0 名	通所兼務	2 名	
給食職員	管理栄養士	3 名	2 名	通所兼務	5 名	栄養・給食業務
	栄養士	0 名	0 名	通所兼務	0 名	
	調理師・調理員	6 名	8 名	通所兼務	14 名	
介護支援専門員	介護支援専門員	3 名	0 名	なし	3 名	ケアプランの作成
事務職員	なし	2 名	0 名	通所兼務	2 名	庶務及び経理
合計		74 名	113 名	—	187 名	—

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に基づき、7割・8割・9割が介護保険から適用されます。

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- おむつは適切に交換いたします。

③機能訓練(リハビリ)

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により、ご契約者の心身等の状況に応じて、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実施します。

④送迎サービス

- ・送迎を希望される方のご自宅へお迎え・お送りします。

⑤管理栄養指導

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金(別表①)を負担割合証に記載された負担割合(1割・2割・3割)でご負担頂きます。尚、生活保護など公費負担が適用となる場合もあります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費

② 居住費

※食費と居住費に関しましては利用者負担限度額の認定を受けられる方は段階により費用が異なります。

③ 理髪・美容

理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)を有料でご利用いただけます。

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

⑤ 複写物の交付

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。

⑥ その他の費用(例示)

電気使用料

写真代

予防接種代

入所証明書料

日用品費 ①おしぼり(朝食・昼食・夕食時各1本使用となります。)

②石鹸 (洗面・手洗い時)

③リンスインシャンプー (入浴時:入浴は週2回程度となります。)

④ボディークリーム (入浴時:入浴は週2回程度となります。)

⑤歯みがきセット・口腔ケアスポンジ

⑥タオル

なお、レンタルとしてAセット(バスタオル、フェイスタオル)おBセット(Aセットに加え、日常着(上下)、肌着(七分袖)がご利用頂けます。どちらかのセットをレンタルした場合、上記日用品

①～⑤がサービス品として提供されます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

※経済状態の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当額に変更することがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。お支払いの無い場合、督促をさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの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前日までに事業者申し出て下さい。
- 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契約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契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下のところで受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者) 介護支援専門員
- 受付日 随時
- 受付時間 8時30分～17時30分
- 電話・FAX でも受け付けております。
- 電話番号 042-533-3402 FAX 042-533-3885

(2) 苦情の対応

- 1) 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置しております。
 - 相談、苦情に対する常設の窓口を介護支援専門員が担当いたします。
 - 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整えております。
- 2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順について
 - 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認を致します。
 - 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認致します。
 - 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議致します。
 - 施設長並びに事務長に経過を報告し、具体的に対応を行います。
 - 苦情の記録は台帳を保管し、再発の防止に役立てます。
 - 以上の事項を職員各位に周知徹底致します。

(3) 行政機関その他、苦情受付機関

あきる野市 高齢者支援課	所在地 あきる野市二宮350番地 電話番号 042-558-1111(代表) 受付時間 平日 9時～17時
東京都国民健康保険団体 連合会 介護相談指導課	所在地 東京都千代田区飯田橋3-5-1 電話番号 03-6238-0177(代表) 受付時間 平日 9時～17時

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建のうち1～5階部分
- (2) 建物の延べ床面積 6, 578. 24㎡

2. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。その場合には、ご家族にも連絡、説明させていただきます。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品(持ち込む場合は自己責任)、生花

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ①居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②著しく施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、

ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

- ④当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3)喫煙

事業所内では喫煙はできません。

(4)サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません)

①協力医療機関

医療機関の名称	公立阿伎留医療センター
所在地	あきる野市引田78-1

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	あきる歯科
所在地	あきる野市湧上264-3

4. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者が死亡した場合②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。) |
|---|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

- 以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
 - ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ④同意した重要事項説明書中のサービス内容及び実施したサービスに関して、同意後に異議申立てがあった場合。また、この場合に双方の協議にもかかわらず利用者の同意が再び得られなかった場合。

この契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

6. 非常災害対策

- (1) 非常災害に対しては、当施設で定める防火管理規定に則り、自動火災報知器、非常警報設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、誘導灯、避難スロープなどの設備を整え、同時に各職員に対する非常時連絡網を完備して万全を期します。

(2) 消防訓練及び避難訓練は年2回以上実施いたします。

7. 感染症対策

当施設において感染症が蔓延しないよう、職員は万全の注意を払います。

別表① ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅰ(i)

	要支援1	要支援2
基本サービス費	624 単位	789 単位

〈各種加算〉

項 目	単 位
夜勤配置加算	24 単位/日
個別リハビリテーション加算	240 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	34 単位/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46 単位/日
送迎加算(片道当たり)	184 単位/回
総合医学管理加算(利用中 7 日を限度)	275 単位/日
療養食加算(1回につき)	8 単位/回
緊急時治療管理	518 単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4 単位/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位の 71/1000

※ 介護保険の給付対象単位に、10.45 円(あきる野市の地域区分 5 級地)を乗じた額の 1 割または 2 割・3 割(介護保険負担割合証に記載された割合)を利用者に負担して頂きます。

別表②

サービス	料金	備考
食費	1日 1,800円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
居住費	1日 1,940円	※「負担限度額認定証」に該当される方は別途
理髪(調髪・顔剃・洗髪)	1回 4,925円	
理髪(カットのみ)	1回 2,825円	
理髪(シェーブ)	1回 1,050円	
レクリエーション・クラブ活動	材料代実費	
複写	1枚 10円	
クリーニング代	別紙記載	
電気使用量	1日 60円	電気器具使用
予防接種	実費	
入所証明書	1枚 5,000円	
診療情報提供書	1枚 3,000円	簡易なもの
	1枚 5,000円	検査があったもの
死亡診断書	1枚 10,000円	

※当事業所指定の外部業者によるセットレンタルを使用できます(6 ページ参照)。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

介護予防短期入所療養介護利用同意書

リハビリパークあきる野 施設長殿

「介護老人保健施設 リハビリパークあきる野」介護予防短期入所療養介護重要事項説明書について説明を受け、利用に同意致します。

令和 年 月 日

施設長 中島正男

説明者 職名 氏名

利用者 住所 _____

氏名 _____

ご家族様など 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

情報提供同意書

居宅介護支援事業者又は保健・医療・福祉サービス事業者に対し、心身の状況や療養の内容・留意点などの情報提供を行うことに同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

介護老人保健施設リハビリパークあきる野

通所リハビリテーション 重要事項説明書

(令和6年4月1日改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1355280015号)

当事業所はご契約者に対して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「要介護」と認定された方が対象となります。尚、要介護認定をまだ受けていない方でも暫定的にサービスを利用できる場合があります。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. 事業所の概要	2
3. 営業地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. サービスの利用について	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
7. 緊急時の対応	4
8. 苦情の受付について	5
＜重要事項説明書付属文書＞	6

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町二丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 隆
(5) 設立年月 平成2年2月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所リハビリテーション・平成30年6月1日指定
東京都 1355280015 号
- (2) 事業所の目的
外出機会、対人交流を確保しながら、リハビリテーション、入浴サービスを提供致します。健康管理、在宅生活でのご相談等、在宅で暮すための援助も行います。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設リハビリパーク あきる野
(4) 事業所の所在地 あきる野市湊上1番地
(5) 電話番号 042-533-3402
(6) 事業所長 中島 正男
- (7) 当事業所の運営方針
契約者（利用者）のニーズを踏まえた適正なサービスを提供致します。
家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。
- (8) 開設年月 平成30年6月1日
- (9) 利用定員 40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 あきる野市、日の出町の全域、昭島市、八王子市、青梅市
福生市の一部地域

- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休		
受付時間	月～日	8時30分～17時30分	
サービス提供時間	月～金	10時～16時	(祝日も同様)

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定通所介護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。

- (1) 管理者 1名（常勤兼務、医師と兼務）

管理者は、施設従業員の管理および業務の管理を一元的に行う。

(2) 従業者

医師	1名（常勤兼務、管理者と兼務）
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか	1名以上（常勤）
介護職員	3名以上（常勤）
看護職員・介護職員	2名以上（非常勤）

5. サービスの利用について

まずは、お電話等でご相談下さい。利用条件等についてはご説明致します。

※介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談下さい。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に基づき、9割または8割・7割が介護保険から適用されます。

① 基本サービス（機能訓練、生活介助）

リハビリ職員（理学療法士等）により、ご契約者の心身の状況に応じて、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又は、口腔清掃の指導を実施いたします。介護職員の直接的な介助によりご本人・ご家族へのADL訓練法、介助方法を助言、指導いたします。

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽（特浴）を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 送迎

- ・ご家庭から施設までの送迎を致します。途中下車は出来ません。朝は自宅でお待ちください。

⑤ 栄養管理指導等

- ・当事業所では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

⑥ 相談指導等

- ・在宅生活のご相談、健康管理の相談をお受けし、快適に在宅生活が送れるよう助言、指導を行います。

通所サービスに必要な情報として診断書等の書類を適時提出いただくことがあります。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（別表）を、負担割合証に記載された負担割合（１割・２割・３割）でご負担頂きます。尚、生活保護など公費負担が適用となる場合もあります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金の全額がご契約者の負担となります（別表②）。

①食費

お弁当を持ち込まれる場合は食中毒など発生しても当施設では一切の責任を負うことが出来ませんのでご了承下さい。

②複写物の交付

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。

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契約者の日常生活に要する費用でご契約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。おむつ代はご契約者の負担となります。

④その他の費用

写真代

（３）利用料金のお支払い方法

利用月分の費用は翌月の１５日には請求書を発送いたしますので、翌月末日までにお支払い下さい。送迎時に職員に渡す事も可能です。

（４）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの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１７時までに事業者申し出て下さい。

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契約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契約者に提示して協議します。

7. 緊急時の対応

（１）体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合、ご家族にお迎えに来て頂き病院受診をご要請致します。一刻を争う場合にはご家族に確認のうえ、救急車の対応を取らせて頂きます。

（２）送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族に連絡し、けがの有無をご報告のうえ、有事の際には各種保険等により医療費等の賠償をさせていただきます。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下のところで受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）高橋 佐和子 支援相談員

佐藤 賢一郎 作業療法士

○受付日 月～金曜日

○受付時間 8時30分～17時30分

○電話・FAX でも受け付けております。

電話番号 042-533-3402 FAX 042-533-3885

(2) 苦情の対応

1) 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置しております。

○ 相談、苦情に対する常設の窓口を支援相談員が担当いたします。

○ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整えております。

2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順について

○ 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認を致します。

○ 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認致します。

○ 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議致します。

○ 施設長並びに事務長に経過を報告し、具体的に対応を行います。

○ 苦情の記録は台帳を保管し、再発の防止に役立てます。

○ 以上の事項を職員各位に周知徹底致します。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

あきる野市 高齢者支援課	所在地	あきる野市二宮 350 番地
	電話番号	042-558-1111 (代表)
	受付時間	平日 9時00分～17時00分
東京都国民健康保険団体 連合会 介護相談指導課	所在地	東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階
	電話番号	03-6238-0177 (苦情専用)
	受付時間	平日 9時～17時

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建のうち1～5階部分
- (2) 建物の延べ床面積 6,578.24 m²

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

看護職員

主にご契約者の健康管理（服薬管理も含む）や療養上の世話をを行います。

介護職員

ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

リハビリ職員

ご契約者の機能訓練を担当します。

支援相談員

ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

医師

ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ① 共用スペース及び設備、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 著しく施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動その他の行為を行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	公立阿伎留医療センター
所在地	あきる野市引田 7 8 - 1

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更に伴い通所リハビリテーションがケアプランから除かれた場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者のご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 同意した重要事項説明書中のサービス内容及び実施したサービスに関して、同意後に異議申立てがあった場合。また、この場合に双方の協議にもかかわらず利用者の同意が再び得られなかった場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 非常災害対策

- (1) 非常災害に対しては、当事業所で定める防火管理規定に則り、自動火災報知器、非常警報設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、誘導灯、などの設備を整え、同時に各職員に対する非常時連絡網を完備して万全を期します。
- (2) 消防訓練及び避難訓練は年2回以上実施いたします。

8. 衛生管理

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に用いるものについて、衛生的な管理に務め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- (2) 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

9. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該利用者または他利用者の生命又は身体を保護するための当緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当施設の意思がその様態及び時間、その歳の利用者の心身の状況、緊急やむを得ないかった理由を診療録に記載します。

10. 虐待の防止等

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3項に掲げる措置に適切に実施するための担当者を設置します。

11. 褥瘡対策

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

12. 業務継続計画の策定

- (1) 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い 必要な措置を講じるものとします。
- (2) 当施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施いたします。
- (3) 当施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務改善計画の変更を行います。

1 3. 事故発生の防止及び発生時の対応

- (1) 当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービス提供等に事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を行います。
- (2) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門機関での診療を依頼する。
- (3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する定期的な研修を実施します。
- (4) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1) 2時間以上3時間未満

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位

2) 3時間以上4時間未満 ※利用3時間以上からリハビリテーション提供体制加算が追加

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位

3) 4時間以上5時間未満 ※利用3時間以上からリハビリテーション提供体制加算が追加

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位

4) 5時間以上6時間未満 ※利用3時間以上からリハビリテーション提供体制加算が追加

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1120 単位

5) 6時間以上7時間未満 ※利用3時間以上からリハビリテーション提供体制加算が追加

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	715 単位	850 単位	981 単位	1137 単位	1290 単位

※介護保険の給付対象単位に、10.55円（あきる野市の地域区分5級地）を乗じた額の1割・2割・3割（介護保険負担割合証に記載された割合）を利用者に負担して頂きます。

<上記の表の自己負担額以外の各種加算>

令和6年6月1日より

項目	単位数
通所リハマネジメント加算 31	739 単位/月：開始日から6月以内
通所リハマネジメント加算 32	437 単位/月：開始日から6月超
通所リハ短期集中個別リハ加算	110 単位/日：退院日又は認定日から起算して 3ヶ月以内
通所リハ入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日
送迎減算（片道）	47 単位減算/回
通所リハ科学的介護推進体制加算	40 単位/月
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ	22 単位/回
通所リハ提供体制加算 1	12 単位:利用時間が3時間以上4時間未満の場合
通所リハ提供体制加算 2	16 単位:利用時間が4時間以上5時間未満の場合
通所リハ提供体制加算 3	20 単位:利用時間が5時間以上6時間未満の場合
通所リハ提供体制加算 4	24 単位:利用時間が6時間以上7時間未満の場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位の 83/1000

※介護保険の給付対象単位に、10.55 円（あきる野市の地域区分5級地）を乗じた額の
1割・2割・3割（介護保険負担割合証に記載された割合）を利用者に負担して頂きます。

介護保険給付対象外サービス費

・食費：1食 600円（おやつ代含む）

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

別表②

サービス	料金
複写	10円

通所リハビリテーション利用同意書

リハビリパークあきる野 施設長殿

「介護老人保健施設リハビリパークあきる野」通所リハビリテーション重要事項説明書について説明を受け、利用に同意いたします。

令和 年 月 日

施設長 中島 正男 ⑩

説明者 職名 _____

氏名 _____ ⑩

利用者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

ご家族など 住所 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 _____

情報提供同意書

居宅介護支援事業者又は他保健・医療・福祉サービス事業者に対し、心身の状況や療養の内容・留意点などの情報提供を行う事に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

個人情報利用同意書（通所）

私（及び私の家族）の個人情報について、下記の項目に記載された目的の範囲での使用に同意します。

記

1. 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、当施設職員との間や居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合。
- ② 上記①の他、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者、市町村役場、福祉事務所との連絡調整のために必要な場合。
- ③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- ④ 施設での学生の実習への協力
- ⑤ 施設職員が参加する研修等（ケーススタディ資料など）

2. 個人情報を提供する事業所

- ① 医療機関（病院・診療所・介護医療院）
- ② 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- ① 個人情報の利用については、業務並びに使用目的の達成に必要な範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録すること。

令和 年 月 日

医療法人 杏林会 介護老人保健施設 リハビリパークあきる野
利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

ご家族等

住所 _____

氏名 _____ 印

介護老人保健施設リハビリパークあきる野

介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

(令和6年4月1日改訂)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(東京都指定 第1355280015号)

当事業所はご契約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、原則として要支援認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。尚、要支援認定をまだ受けていない方でも暫定的にサービスを利用できる場合があります。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. 事業所の概要	2
3. 営業地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. サービスの利用について	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
7. 緊急時の対応	4
8. 苦情の受付について	5
<重要事項説明書付属文書>	6

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町二丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 隆
(5) 設立年月 平成2年2月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所リハビリテーション・平成30年6月1日指定
東京都 1355280015 号
- (2) 事業所の目的
外出機会、対人交流を確保しながら、リハビリテーション、入浴サービスを提供致します。健康管理、在宅生活でのご相談等、在宅で暮すための援助も行います。
- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設リハビリパーク あきる野
(4) 事業所の所在地 あきる野市湊上1番地
(5) 電話番号 042-533-3402
(6) 事業所長 中島 正男
- (7) 当事業所の運営方針
契約者（利用者）のニーズを踏まえた適正なサービスを提供致します。
家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。
- (8) 開設年月 平成30年6月1日
- (9) 利用定員 40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 あきる野市、日の出町の全域、昭島市、八王子市、青梅市
福生市の一部地域
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休	
受付時間	月～日	8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～金	10時～16時（祝日も同様）

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定通所介護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。

- (1) 管理者 1名（常勤兼務、医師と兼務）
管理者は、施設従業員の管理および業務の管理を一元的に行う。

(2) 従業者

医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1名（常勤兼務、管理者と兼務）
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか・・・ 1名以上（常勤専従）
介護職員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3名以上（常勤専従）

5. サービスの利用について

まずは、お電話等でご相談下さい。利用条件等についてはご説明致します。

※介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談下さい。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に基づき、9割または8割・7割が介護保険から適用されます。

① 基本サービス（機能訓練、生活介助）

リハビリ職員（理学療法士等）により、ご契約者の心身の状況に応じて、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又は、口腔清掃の指導を実施いたします。介護職員の直接的な介助によりご本人・ご家族へのADL訓練法、介助方法を助言、指導いたします。

② 入浴

・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽（特浴）を使用して入浴することができます。

③ 排泄

・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 送迎

・ご家庭から施設までの送迎を致します。途中下車は出来ません。朝は自宅でお待ちください。

⑤ 栄養管理指導等

・当事業所では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

⑥ 相談指導等

・在宅生活のご相談、健康管理の相談をお受けし、快適に在宅生活が送れるよう助言、指導を行います。

通所サービスに必要な情報として診断書等の書類を適時提出いただくことがあります。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（別表）を、負担割合証に記載された負担割合（１割・２割・３割）でご負担頂きます。尚、生活保護など公費負担が適用となる場合もあります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金の全額がご契約者の負担となります（別表②）。

①食費

お弁当を持ち込まれる場合は食中毒など発生しても当施設では一切の責任を負うことが出来ませんのでご了承下さい。

②複写物の交付

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。

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契約者の日常生活に要する費用でご契約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。おむつ代はご契約者の負担となります。

④その他の費用

写真代

（３）利用料金のお支払い方法

利用月分の費用は翌月の１５日には請求書を発送いたしますので、翌月末日までにお支払い下さい。送迎時に職員に渡す事も可能です。

（４）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの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１７時までに事業者申し出て下さい。

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契約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契約者に提示して協議します。

7. 緊急時の対応

（１）体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合、ご家族にお迎えに来て頂き病院受診をご要請致します。一刻を争う場合にはご家族に確認のうえ、救急車の対応を取らせて頂きます。

（２）送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族に連絡し、けがの有無をご報告のうえ、有事の際には各種保険等により医療費等の賠償をさせていただきます。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下のところで受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）高橋 佐和子 支援相談員

佐藤 賢一郎 作業療法士

○受付日 月～金曜日

○受付時間 8時30分～17時30分

○電話・FAX でも受け付けております。

電話番号 042-533-3402 FAX 042-533-3885

(2) 苦情の対応

1) 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置しております。

○ 相談、苦情に対する常設の窓口を支援相談員が担当いたします。

○ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整えております。

2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順について

○ 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認を致します。

○ 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認致します。

○ 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議致します。

○ 施設長並びに事務長に経過を報告し、具体的に対応を行います。

○ 苦情の記録は台帳を保管し、再発の防止に役立てます。

○ 以上の事項を職員各位に周知徹底致します。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

あきる野市 高齢者支援課	所在地	あきる野市二宮 350 番地
	電話番号	042-558-1111 (代表)
	受付時間	平日 9時00分～17時00分
東京都国民健康保険団体 連合会 介護相談指導課	所在地	東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階
	電話番号	03-6238-0177 (苦情専用)
	受付時間	平日 9時～17時

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建のうち1～5階部分
- (2) 建物の延べ床面積 6,578.24 m²

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

看護職員

主にご契約者の健康管理（服薬管理も含む）や療養上の世話をを行います。

介護職員

ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

リハビリ職員

ご契約者の機能訓練を担当します。

支援相談員

ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

医師

ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ① 共用スペース及び設備、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 著しく施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動その他の行為を行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	公立阿伎留医療センター
所在地	あきる野市引田 7 8 - 1

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 契約の終了について

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更に伴い通所リハビリテーションがケアプランから除かれた場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 同意した重要事項説明書中のサービス内容及び実施したサービスに関して、同意後に異議申立てがあった場合。また、この場合に双方の協議にもかかわらず利用者の同意が再び得られなかった場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 非常災害対策

- (1) 非常災害に対しては、当事業所で定める防火管理規定に則り、自動火災報知器、非常警報設備、非常通報設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、誘導灯、などの設備を整え、同時に各職員に対する非常時連絡網を完備して万全を期します。
- (2) 消防訓練及び避難訓練は年2回以上実施いたします。

8. 衛生管理

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に用いるものについて、衛生的な管理に務め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。
- (2) 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

9. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該利用者または他利用者の生命又は身体を保護するための当緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当施設の意思がその様態及び時間、その歳の利用者の心身の状況、緊急やむを得ないかった理由を診療録に記載します。

10. 虐待の防止等

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3項に掲げる措置に適切に実施するための担当者を設置します。

11. 褥瘡対策

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

12. 業務継続計画の策定

- (1) 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い 必要な措置を講じるものとします。
- (2) 当施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施いたします。
- (3) 当施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務改善計画の変更を行います。

13. 事故発生の防止及び発生時の対応

- (1) 当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービス提

供等に事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を行います。

(2) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門機関での診療を依頼する。

(3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する定期的な研修を実施します。

(4) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1ヶ月(介護予防通所リハビリテーション)

2024.6.1

	要支援 1	要支援 2
基本サービス費	(新) 2,268 単位	(新) 4,228 単位

※介護保険の給付対象単位に、10.55 円（あきる野市の地域区分 5 級地）を乗じた額の 1 割・2 割・3 割（介護保険負担割合証に記載された割合）を利用者に負担して頂きます。

※（別途費用として、昼食代 600 円が加算されます。）

各種加算

- ・ リハサービス提供体制加算 I 要支援 1 88 単位、要支援 2 176 単位
- ・ 科学的介護推進体制加算 40 単位
- ・ 介護職員処遇改善加算 I 所定単位の 83/1000

※介護保険の給付対象単位に、10.55 円（あきる野市の地域区分 5 級地）を乗じた額の 1 割・2 割・3 割（介護保険負担割合証に記載された割合）を利用者に負担して頂きます。

介護保険給付対象外サービス費

- ・ 食費：1食 600円

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額が変わります。

別表②

サービス	料金
複写	10 円

重要事項説明書における介護予防通所リハビリテーション利用同意書

「介護老人保健施設 リハビリパークあきる野」介護予防通所リハビリテーション利用重要事項説明書について、利用開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

施 設 長（管理者） 中島 正男 印

説 明 者 職 名 _____ 氏 名 _____ 印

私は本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーションサービスについての重要な事項の説明を受け下記の通り同意いたしました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご本人が署名できない場合

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

氏名 _____ 印 続柄 _____

署名代行事由 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報利用同意書（通所）

記

1. 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、当施設職員との間や居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合。
- ② 上記①の他、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者、市町村役場、福祉事務所との連絡調整のために必要な場合。
- ③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- ④ 施設での学生の実習への協力
- ⑤ 施設職員が参加する研修等（ケーススタディ資料など）

2. 個人情報を提供する事業所

- ① 医療機関（病院・診療所・介護医療院）
- ② 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- ① 個人情報の利用については、業務並びに使用目的の達成に必要な範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録すること。

私（及び私の家族）の個人情報について、下記の項目に記載された目的の範囲での使用に同意します。

令和 年 月 日

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご本人が署名できない場合

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

氏名 _____ 印 続柄 _____

署名代行事由 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印