

重要事項説明書

介護老人保健施設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）

（重要事項説明書の目的）

第1条 介護老人保健施設イマジン（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）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、一定の期間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）を提供し、一方、利用者及び利用者を保護する者（以下「保護者」という。）又は成年後見人・保佐人・補助人（以下「後見人等」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、本重要事項説明書の目的とします。

（適用期間）

第2条 本重要事項説明書は、利用者が介護老人保健施設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）利用同意書を当施設に提出した時から効力を有します。但し、保護者又は後見人等に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本重要事項説明書、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われないう限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の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）を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び保護者又は後見人等は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本重要事項説明書に基づく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）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保護者は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、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）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当施設にお支払いいただきます。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び保護者又は後見人等に対し、次に掲げる場合には、本重要事項説明書に基づく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）サービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び保護者等が、本重要事項説明書に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず20日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な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）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は保護者等が、当施設、当施設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（ハラスメント等）又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

- 第5条 利用者又及び保護者又は後見人等は、連帯して当施設に対し、本重要事項説明書に基づく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）サービスの対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者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。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、利用者及び保護者又は後見人等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日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者及び保護者又は後見人等は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は開始当月分は銀行振込、開始翌月分以降は自動引落としとします。
- 3 当施設は、利用者若しくは保護者又は後見人等から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者若しくは保護者又は後見人等の指定する者に対して、領収書を発行し送付します。

(記録)

- 第6条 当施設は、利用者の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）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間保管します。
- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、保護者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾が得られた場合その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体拘束等)

- 第7条 当施設は、原則として利用者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、施設管理者又は施設長が判断し、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、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、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。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は保護者又は後見人等若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、事前に使用同意を文書にて得ることで情報提供を行なうこととします。
- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の保険者への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

- 第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び保護者又は後見人等が指定する者に対し緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第 10 条 サービス提供等により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講じます。

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的機関での診療を依頼します。

3 前 2 項のほか、当施設は利用者又は保護者又は後見人等が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡し、行った処置について記録します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び保護者又は後見人等は、当施設の提供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）に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができます。また、備付けの用紙で所定の場所に設置する「みなさまの声」に投函して申し出ることができます。

八王子市役所 高齢者福祉課（相談担当）

〒192-8501 東京都八王子市元本郷町 3 丁目 24 番 1 号 市役所 1 階

〈1〉受付時間（土、日、祝祭日を除く）午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

〈2〉連絡先：042-620-7420

高齢者の福祉についての様々な相談を受けています。また、介護保険と高齢者生活支援事業に関する申請窓口です。

東京都国民健康保険団体連合会

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 3 丁目 5 番 1 号 東京区政会館 11 階

〈1〉受付時間（土、日、祝祭日を除く）午前 9 時から午後 5 時まで

〈2〉苦情相談窓口専用 03-6238-0177（直通）

<http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>

東京都国民健康保険団体連合会では介護保険法に基づき介護サービスでお困りの方のために、専用の「苦情相談窓口」を開いて専門の相談調査員が懇切丁寧に相談に応じています。

【苦情申立の対象】

～ 介護サービスの質に関するものであって次の場合 ～

- ・ 事業者、保険者（区市町村）等で取り扱うことが困難な場合
- ・ 事業所所在地と利用者の居住地に区市町村が異なり、広域に影響が及ぶ可能性がある場合
- ・ 苦情申立人が国保連合会での苦情申立を特に希望される場合

(賠償責任)

第 12 条 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）の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び保護者は、連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 13 条 この重要事項説明書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、利用者又は保護者又は後見人等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

<別紙1>

介護老人保健施設イマジンのご案内
(令和7年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団永生会 介護老人保健施設イマジン
- ・開設年月日 平成9年1月23日
- ・所在地 東京都八王子市櫛田町583番地15
- ・電話番号 042-662-7000 ・ファックス番号 042-661-3384
- ・管理者名 小池 順平
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(1357080310号)
- ・介護サービス情報の公表について<別紙4>

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他の必要な医療と日常生活上の介護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、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や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)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の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。

[介護老人保健施設イマジンの運営方針]

- ・ご利用者様にとって、快適な生活を送っていただけるように、高齢者ケアの基本を踏まえた日常生活サービスを保証します。
- ・家庭復帰を目指す施設として、職員とご家族との結びつきを大切にして、ご利用者様とご家族様の絆がより深まるようなサポートを行います。
- ・ご利用者様の個々の病状、障害に応じたケア計画を作成します。
- ・より良いサービスの提供が行われるように、職員全員が研修、研鑽に励みます。
- ・生活リハビリを中心としたQOLの向上をはかります。
- ・ご利用者様、ご家族様のプライバシー及びご意見を尊重します。

(3) 施設の職員体制

	職員体制	業務内容
・医師	施設入所と兼務(1名以上)	利用者の診療及び健康管理
・看護職員	6名以上	利用者の状態観察と与薬管理
・介護職員		利用者の生活介護
・理学療法士	0.6名以上	利用者の心身のリハビリテーション
・作業療法士		作業療法を通しての自立支援
・事務職員	必要数以上	庶務
・その他	必要数以上	施設設備の清掃、管理等

(4) 入所定員等

- ・定員 130名（うち認知症専門棟36名）
- ・療養室 個室14室、2人室2室、4人室28室

(5) 通所定員

- ・50名

2. サービス内容

- ① 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）計画の立案
- ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
当施設をご利用の場合は、当施設の管理栄養士（栄養士）が作成した献立に基づき、栄養のバランスのとれた食事を提供させていただきます。
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理、看護
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 基本時間外施設利用サービス
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ その他
*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、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 財団法人仁和会総合病院
 - ・住所 東京都八王子市明神町4丁目8番1号
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 財団法人仁和会総合病院
 - ・住所 東京都八王子市明神町4丁目8番1号

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」及び「利用申込書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

①食事

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

②飲酒

飲酒はご遠慮下さい。

③喫煙

喫煙は健康上、防火上の理由から禁止となっております。

④火気の手扱い

施設内へは火の元となるライター、マッチ等の持ち込みはご遠慮下さい。

⑤ペット等の動物について

施設内へのペット等の動物の持ち込みはご遠慮下さい。

⑥備品・設備

施設内の設備・備品をご利用の際は職員にお知らせ下さい。

危険防止のため2階浴室、機能訓練室、機械室、屋上へは職員不在時の入室はご遠慮下さい。

備品・設備を破損、破壊した場合は弁償していただくことがあります。

⑦所持品・備品の持ち込み

それぞれの所持品・備品には記名をお願いします。

⑧金銭・貴重品の管理

利用者の金銭管理は自己管理が基本となります。

紛失、盗難については施設側では責任を負いかねますのでご了承下さい。

⑨負担限度額認定申請や区分変更申請等、利用者に関わる申請を公的機関等に行っている場合、月々のお支払いに影響することがございますので、相談員もしくは事務職員にお知らせください。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知装置、非常警報装置、避難器具、誘導灯及び誘導標識、防火戸、防火シャッター
- ・防災訓練 年2回以上

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご請求ください。

高齢者の方には、心身の障害や老化に伴い様々な事故の危険性があります。転倒、転落、誤嚥などがその代表ですが、それらの事故は骨折や外傷、窒息や肺炎などの場合によっては死亡に結びつく結果をもたらすこともあります。当施設では細かな観察や工夫でそのような事故の発生防止に努めておりますが、専門的な介護施設とはいえ利用者の全ての行為を管理・予測できるものではありませんので、ご了承下さいますようお願い申し上げます。

<別紙2>

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）について
（令和7年4月1日現在）

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 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）についての概要

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）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学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介護を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・保護者又は後見人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

利用料金は別紙「利用料金表」をご覧ください。

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族又は後見人等の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します

記

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

施設サービスの提供にあたり、利用者及び保護者又は後見人等に対して本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

事業者

所在地 東京都八王子市櫛田町583番地15
名 称 医療法人社団永生会
介護老人保健施設イマジ

説明者

氏名

私は、本書面により事業者から施設サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

フリガナ

氏名

保護者又は後見人等

住所

フリガナ

氏名

(続柄

)

介護老人保健施設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) 利用同意書

介護老人保健施設イマジンの施設(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設の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)重要事項説明書及び別紙1～4、料金表を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

また、本書面を2通作成し、事業者及び利用者又は保護者又は後見人等が署名の上1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者

事業者名 医療法人社団永生会 介護老人保健施設イマジン
住 所 東京都八王子市櫛田町583番地15
電 話 042-662-7000
施設長名 小池 順平

利用者

住 所 _____
 電 話 _____
氏 名 _____

保護者又は後見人等

住 所 _____
 電 話 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)

(以下は連絡先がある場合にご記入下さい)

上記以外の連絡先①

住 所 _____
 電 話 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)

上記以外の連絡先②

住 所 _____
 電 話 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)

※請求書・領収書の送付希望先の口に✓(チェック)をご記入下さい。