

重要事項説明書

(介護老人保健施設入所)

(従来型・ユニット型共通)

【目的】

介護老人保健施設マイウェイ四谷（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定されたご利用者様（以下「ご利用者様」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、ご利用者様がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように

- ① 馴染みの環境の中で、ご利用者様自身の役割が再獲得できるよう生活パターンや生活環境を整えたユニットケアユニット
- ② 日常生活関連動作の自立が現状では難しく、生活リハビリを中心としたサービスで基本動作、日常生活活動の自立度を高めるための支援を行う、従来型・ユニットを設置し、ご利用者様の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供し、一方、ご利用者様及びご利用者様を保護する者（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】

本重要事項説明書は、ご利用者様が介護老人保健施設入所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。

ご利用者様は、前項に定める事項の他、本重要事項説明書、別紙1及び別紙2の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって繰り返し当施設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】

ご利用者様及び保護者又は後見人等は、当施設に対し退所の意思表示をすることにより、本重要事項説明書に基づく入所利用を解除・終了することができます。

【当施設からの解除】

当施設は、ご利用者様及び保護者又は後見人等に対し次に掲げる場合は、本重要事項説明書に基づく入所利用を解除・終了することができます。

1. ご利用者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
2. 当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活できると判断された場合
3. ご利用者様の病状、心身状態等が著しく悪化し当施設での適切な介護老人保健施設サービスの提供を超えると判断された場合
4. ご利用者様及び保護者又は後見人等が、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

5. ご利用者様が、当施設、当施設職員又は他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為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当施設を利用させていただくことができない場合

【利用料金】

ご利用者様及び保護者は、当施設に対し本重要事項説明書に基づく介護保健施設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、ご利用者様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、当施設はご利用者様の負担割合等に変更があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

当施設は、同意書に定める方に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月10日までに送付し、ご利用者様及び保護者又は後見人等は、当施設に対し当該合計額をその月の15日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は銀行振り込みを基本とします。

当施設は、ご利用者様若しくは保護者又は後見人等から上記利用料金の支払いを受けた時は、同意書に定める方に対して領収書を送付します。

【記録】

当施設は、ご利用者様の介護保健施設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。

当施設は、ご利用者様が上記の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。その他の者に対しては、ご利用者様の承諾が得られた場合に限りこれに応じません。

【身体の拘束等】

当施設は、原則としてご利用者様に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害のおそ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、説明と同意を得てから身体拘束その他ご利用者様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、その際のご利用者様の心身の状況、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】

当施設とその職員は、業務上知り得たご利用者様又は保護者又は後見人等若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、下記①についての情報提供については、円滑なサービス提供を支援することから行うこととします。②についての情報提供については、ご利用者様及び保護者又は後見人等から予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための区市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、こ

の場合、ご利用者様本人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

【緊急時の対応】

当施設は、ご利用者様に対し、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、その他医療機関での診察を依頼することがあります。

当施設は、ご利用者様に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的機関を紹介します。

上記の他、入所利用中にご利用者様の心身の状態が急変した場合は、当施設はご利用者様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】

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設はご利用者様に対し必要な措置を講じます。

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、協力医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

上記の他、当施設はご利用者様の保護者又は後見人等へ、また、保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

【要望又は苦情の申し出】

ご利用者様及び保護者又は後見人等は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対する要望については、担当介護支援専門員、支援相談員に申し出ることができます。苦情につきましては当施設の事務責任者が責任をもって担当させていただきます。また、備え付けの用紙、管理者宛の文書で施設内に設置する「みなさまの声」に投函して申し立てることもできます。

【賠償責任】

介護保健施設サービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によってご利用者様が被害を被った場合、当施設はご利用者様に対して損害を賠償するものとします。

ご利用者様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、ご利用者様及び保護者は当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

【重要事項説明書に定めのない事項】

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保健施設法令その他諸法令に定めるところにより、ご利用者様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〉

介護老人保健施設マイウェイ四谷のご案内
(従来型・ユニット型共通)
(2024年6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 介護老人保健施設マイウェイ四谷
- ・開設年月日 2005年10月1日 (従来型)
- ・開設年月日 2011年10月1日 (ユニット型)
- ・所在地 東京都新宿区大京町1-3
- ・電話番号 03-3355-0428 ・ファックス番号 03-5360-6021
- ・管理者名 南 智仁
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1357081441号)

(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機能訓練、その他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、ご利用者様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。この介護老人保健施設の目的に照らし、ご入所の期間は原則として6ヶ月を限度とさせていただきます。家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心してご退所いただけます。

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下さい。

[介護老人保健施設マイウェイ四谷の運営方針]

- ・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提供します。
- ・家庭復帰を目指す施設として、職員とご家族様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症状、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。
- ・一部ユニット(2,3階)に於いてユニットケアを提供し、馴染みの環境の提供、生活関連活動の自立度改善の支援を行います。

(3) 施設の職員体制

	職員体制 (ユニット型)	職員体制 (マスプロ型)	業務内容
・医師	0.7名以上	0.3名以上	利用者診療及び健康管理

お願い致します。

⑨行政手続代行

⑩その他

*これらのサービスのなかには、ご利用者様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。

3. 利用料金

負担割合証の1割負担、2割負担または3割負担（栄養マネジメント加算・夜勤職員配置加算・サービス提供体制加算等を含む）及び食費、居住費を含んだ基本利用料金の日額は、別紙利用料金表の通りです。また、これ以外に加算利用料金、自費利用料が発生する場合がございますので、こちらも利用料金表等でご確認をお願い致します。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、ご利用者様の状態が急変した場合には、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 医療法人社団広恵会 春山記念病院
・住所 東京都新宿区百人町 1-24-5

・名称 医療法人社団明生会 セントラル病院
・住所 東京都渋谷区松濤 2-18-1

・名称 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター
・住所 東京都新宿区津久戸町5番1号

・名称 医療法人社団永生会 南多摩病院
・住所 東京都八王子市散田町3丁目10番1号

・協力歯科医療機関

・名称 林歯科医院
・住所 東京都中野区中野 5-30-6 昭和中野コーポ209

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 施設利用にあたっての留意事項

①面会

面会時間は午前9時から午後9時までとなっております。

面会時には1階受付にて面会票のご記入をお願いいたします。

また、入所利用者への飲食物の差し入れについては、療養上及び衛生上の理由などにより制限があるため、原則お断りしています。不明な点は、必ず職員までお問い合わせ下

さい。

②外出・外泊

外出・外泊申請書をご記入いただきますのでサービスステーションにお申し出下さい。
(ご利用者様の体調によって許可できない場合もありますが当施設では極力外出・外泊を奨励しております。)

③飲酒

飲酒は希望の利用者とし、医師の許可があれば行事時にのみ可能とする。

④喫煙

全館禁煙となっております。

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設備・備品

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。
また、居室前のテラスに出られる際は職員にお知らせ下さい。
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。

⑧所持品・備品の持ち込み

別紙「ご入所時にご用意いただくもの」に基づき居室の家具、床頭台の収容範囲で所持品をお持ち込み下さい。
それぞれの所持品・備品には記名をお願いします。また、必要に応じ随時補充をお願いします。

⑨洗濯物

入浴日の着替えのほか適時着替えをいたしますので、早めの補充交換をお願いします。
洗濯方法は①持ち帰り、②施設内ランドリー(100円硬貨利用)、③業者委託(料金は料金表をご参照下さい。)の3通りがあります。

⑩金銭・貴重品の管理

ご利用者様の金銭管理は自己管理が原則です。多額の現金や貴重品のお持込みはトラブルの原因になりますのでご遠慮願います。
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。

⑪外泊時等の施設外での受診

介護老人保健施設には常勤医がいること、病状安定期の要介護者をお預かりする施設ということから、みだりに医療機関へ受診することは認められていません。

外泊・外出時などの際に施設以外の医療機関で診察を受ける、薬をもらう、検査を受ける、処置を受ける等は原則としてできませんのでご了承下さい。

やむを得ず受診しなければならない場合は、受診前に施設へ必ずご連絡下さい。

また、高度な医療処置が必要な場合や様態が急変した場合は、医療機関に転院していただくことがあります。

6. 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

7. 禁止事項

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

8. 要望及び苦情等の相談

当施設には介護支援専門員、支援相談員が勤務しておりますので、ご要望についてお気軽にご相談下さい。

電話 03-3355-0428

受付時間 (月～土) 午前9時～午後5時30分

※祝日及び12月30日から1月3日までを除く

苦情窓口は1階事務室に設置しております。苦情担当は事務責任者となっておりますのでご遠慮なくお申し出下さい。

また、施設に設置された「みなさまの声」をご利用いただき、管理者にお申し出いただくことも可能です。

介護保険サービスの苦情については行政機関に申し出ることも出来ます。

① 新宿区介護保険課 電話 03-5273-3497 (直通)

受付時間 (月～金) 午前8時30分 ～ 午後5時

※祝日及び12月29日から1月3日までを除く

② 国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0177

(介護相談窓口) 受付時間 (月～金) 午前9時 ～ 午後5時

※祝日及び12月29日から1月3日までを除く

9. その他

- ・当施設についての詳細は、パンフレットをご用意しておりますのでご利用下さい。
- ・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、ご利用者様皆様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〉

介護保健施設サービスについて
(従来型・ユニット型共通)

1. 介護保険証等の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用ご希望者様の介護保険証等を確認させていただきます。

2. 介護保険施設サービス

当施設でのサービスは、ユニットケア、従来型ケアの別を問わず、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づき提供されます。この計画はご利用者様に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際ご本人様及び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。

◇医療

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇服薬管理

当施設入所中は、必要に応じて施設医が検査・投薬・処置等を行います。入所時に薬をお持ちいただいた場合、ご本人様の状態に応じて処方内容を調整する場合がありますので、予めご承知おきください。

◇機能訓練

在宅復帰の促進等を目的として、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、ご利用者様の状態像に応じ必要な理学・作業訓練等を提供できる体制を整備します。

◇生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常にご利用者様の立場に立って運営していきます。

〈別紙3〉

見守りカメラに関する説明書

当施設では、ご利用者様の安全と事故防止のため見守りカメラ（ナースコールに連動したもの）を設置させていただく場合がございます。これはご高齢の方や判断能力が低下されている方に対して必要時に使用し、見守るためのものです。

見守りカメラは、ご利用者様の安全と事故防止のための一つの方法です。状況に合わせて、その他の安全対策を講じさせていただきます。

見守りカメラに限らず、安全対策を行う際にはご連絡させていただきます。

また、個人情報やプライバシーには十分配慮して運用しています。

疑問・ご要望等がございましたら、いつでもお申し付けください。

ご理解の程よろしく申し上げます。

20 年 月 日

施設サービスの提供にあたり、ご利用者様及び保護者又は後見人等に対して本書面に基
いて重要事項（従来型・ユニット型共通）の説明をしました。

事業者

所在地 東京都新宿区大京町1-3

名称 医療法人社団永生会

介護老人保健施設マイウェイ四谷

説明者

氏名 _____ 印

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 _____

氏名 _____ 印

(保護者又は後見人等)

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印

介護老人保健施設入所利用同意書

(従来型・ユニット型共通)

介護老人保健施設マイウェイ四谷を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所重要事項説明書及び別紙1、別紙2、別紙3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。

20 年 月 日

事業者

事業者名 医療法人社団永生会 介護老人保健施設マイウェイ四谷
住 所 東京都新宿区大京町1-3
電 話 03-3355-0428
理事長名 安藤 克子 印

利用者

住 所 〒 _____
 電 話 _____
氏 名 _____ 印

保護者又は後見人等

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

(以下は連絡先がある場合にご記入下さい。)

上記以外の緊急連絡先①

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

上記以外の緊急連絡先②

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

※請求書・領収書の送付希望先の□に✓をご記入下さい。