

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）

【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、要支援状態又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、ご利用者様が可能な限り自宅において、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、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、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。

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】

ご利用者様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、ご利用者様の居宅介護サービス（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、この場合ご利用者様及び保護者又は後見人等は速やかに当施設及びご利用者様の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

【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（要支援認定）において自立と認定された場合
2. ご利用者様の居宅介護サービス（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. 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、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す。

【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）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、通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事務長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】

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

(2025 年 11 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
- ・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 吉川 英志
- ・介護保険指定番号 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
(1357081441 号)

(2) 事業の目的及び運営方針

(3) 施設の職員体制

	職員体制	業務内容
・医師	1. 0 名以上（兼務）	利用者診療及び健康管理
・看護・介護職員	7 名以上（内、理学・作業療法士若しくは言語聴覚士 1 名以上）	状態観察と与薬管理
・理学・作業療法士		利用者の生活介護
・言語聴覚士		利用者の心身のリハビリテーション
・支援相談員	必要数以上	利用時、療養時の各種相談
・管理栄養士	1 名以上	栄養管理
・事務職員	必要数以上	庶務

(4) 入所定員等

- ・定員 100 名
ユニットケア（2 階、3 階）：8 名ユニット 4 ユニット計 32 名
10 名ユニット 4 ユニット計 40 名
従来型ケア（4 階）：28 名
- ・療養室 個室 100 室

(5) 通所定員

- ・33 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
- ③入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要するご利用者様には特別浴槽で対応します。ご利用者様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行政手続代行

⑨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

利用料金は別紙「利用料金表」をご覧ください。

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飲酒

飲酒はご遠慮下さい。

②喫煙

全館禁煙となっておりますので喫煙はご遠慮下さい。

③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。

④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。

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。

⑤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。

⑥金銭・貴重品の管理

ご利用者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。

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31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。

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

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. 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）は、要支援者及び要介護者の家庭での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者様の心身の機能の維持回復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、ご利用者様に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら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）の提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、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。

20 年 月 日

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づいて重要事項の説明をしました。

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

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

上記以外の緊急連絡先②

☐ 住 所 〒
電 話
氏 名 (続柄)

※請求書・領収書の送付希望先の□に✓をご記入下さい。