

# 重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

医療法人 南陽会  
介護老人保健施設  
みやぎの郷

# 介護老人保健施設 みやぎの郷のご案内（通所リハビリテーション）

## 1. 施設の概要

施設名	介護老人保健施設 みやぎの郷
開設年月日	平成23年8月4日
所在地	千葉県館山市宮城1088
電話	0470-24-4165
FAX	0470-24-5550
管理者	島田 亮
介護保険指定番号	1253680030

### (1) 運営方針

- ・ ご利用者様の尊厳・人権を尊重し、「生きる気持ち」を支える介護を目指します。
- ・ 地域との連携を大切にし、最善の介護サービスを提供する機能の充実に努めます。
- ・ 多職種及び諸機関と協力し、環境を充実させ、ご利用者様が意欲的に取り組めるような施設にします。
- ・ 職員一人ひとりが、援助技術・専門知識・接遇の向上に努め、質の高い介護サービスを提供します。

### (2) 職員体制

R6.6.1現在

職種	職員人数 (通所リハビリテーション含)		業務内容
	常勤	非常勤	
医師	1		ご利用者様の医学的管理
看護師	9	5	看護業務
薬剤師		1	薬剤の調剤及び管理
介護職員	43	7	介護業務
支援相談員	2		ご利用者様の相談、苦情、受け入れ等
介護支援専門員	1	2	ご利用者様のケアプラン作成
理学療法士	3	2	リハビリテーション業務
作業療法士	2		〃
言語聴覚士			〃
管理栄養士	2		献立、栄養指導等
栄養士	2		調理等
調理員	8	2	調理等
事務員	4		施設内の庶務、会計等
その他	7	1	送迎、施設内営繕、リハビリ業務補助等

### (3) 入所定員等

- ・ 入所定員： 100名（うち認知症専門棟40名） ※短期入所療養介護を含む
- ・ 療養室 個室 18室, 多床室 22室

### (4) 通所定員

- ・ 通所定員： 30名

## 2. 施設のサービス

### (1) サービス内容

- ① 昼食・おやつ
- ② 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。  
ただし、ご利用者様の身体状態に応じて清拭等の対応となる場合があります。)
- ③ リハビリテーション
- ④ レクリエーション
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 日常介護
- ⑦ 栄養管理
- ⑧ 相談援助
- ⑨ 送迎(対象地区:館山市)  
※場所や曜日によってご相談させていただく場合があります。
- ⑩ 基本時間外施設利用サービス(何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用)

### (2) 利用時間

- ・営業日：月曜日～金曜日(祝日も営業いたします)
- ・利用時間：9:30～16:00

## 3. 業務継続計画の策定等

- ・感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護老人保健サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ・職員に対し、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(年2回以上)に実施します。
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 4. 感染対策

- ・施設内で発症が予測される感染症に対しすべての職員が同じ手順で対策がとれるように感染症対策マニュアルを作成しています。
- ・感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともにその結果について職員に周知徹底します。
- ・感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための研修ならびに感染症の予防及びまん延防止の為の教育・訓練を定期的(年2回以上)に実施します。

## 5. 非常災害時対策

- ・防災設備：消火器、スプリンクラー、消火栓、火災報知器、誘導灯、避難器具、自家発電機等
- ・防災訓練：年2回

## 6. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。

苦情や要望等は、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、所定の場所に「ご意見箱」を設置してありますので、そちらもご利用ください。

電話:0470-24-4165 担当:渡辺、高橋

なお、下記の苦情相談窓口にも取扱いしております。

館山市役所 健康福祉部高齢者福祉課 介護保険係 TEL0470-22-3489

千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 TEL043-254-7428

## 7. 施設利用時の留意事項

- ① ご利用開始時に介護保険証、負担割合証および医療保険証を確認させていただきます。  
要介護度に変更になった場合、保険証類が更新となった場合も同様です。
- ② ご利用者様の心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理をサービス内容としているため特別な事情がない限り施設の提供する食事を召し上がっていただきます。  
そのため飲食物の持ち込みは禁止しております。
- ③ 飲酒をされた状態でのご利用はご遠慮いただきます。  
飲酒が認められた場合は、その日のご利用を中止とさせていただきます場合があります。  
また、利用中の喫煙や火器の持ち込みは禁止しております。
- ④ 施設内の設備や器具は用途に従ってご利用ください。これに反して利用し、故意に破損・紛失等があった場合は賠償いただく場合があります。
- ⑤ 持ち物には名前を記入してお持ちください。  
なお、金銭、貴重品の持ち込みおよびご利用者様間での所持品の受け渡しは原則禁止しておりますので、行為が認められた場合は、ご利用を中止とさせていただきます場合があります。  
また、所持品の紛失・破損については、施設では責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑥ 利用時間内の外出はご遠慮ください。  
また、無断で外出された場合の事故等は施設では責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑦ 施設送迎以外での当施設への通所中の事故等は、施設では責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑧ ご利用者様及び関係者様の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動」は禁止しております。
- ⑨ ご利用者様及び関係者様・当施設職員の「個人情報漏洩」を禁止しております。なお、個人情報とは、他のご利用者様と関係者様および当施設の職員の特定の個人を識別できる情報で写真・動画や音声情報を含みます。ご利用者様の安否確認や見守りを目的としたカメラの使用およびケアの確認等で他のご利用者様や職員が写真・画像に写りこむ場合には、プライバシー保護のため事前に施設の同意を得てください。SNS等で写真・動画を使用する場合も同様をお願いします。
- ⑩ ご利用者様及び関係者様・当施設職員の「ハラスメント行為」を禁止しております。  
ハラスメント行為の具体例  
ア) 身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為。また、その恐れのある行為。  
例:ものを投げつける。たたく。ひっかく。つねる。唾を吐く。  
イ) 精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。  
また、その恐れのある行為。  
例:怒鳴る。威圧的な態度をとる。理不尽なサービスや過剰なサービスを要求する。  
ウ) セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為  
例:必要もなく体を触る。卑猥な言動を繰り返す。  
エ) その他(不当な要求で業務を妨害する行為)  
例:特定の職員につきまとう。業務外サービスの要求。業務を妨害するほど長時間の電話。インターネット等SNSにいわれのない誹謗中傷を掲載する。  
※認知症等の病気又は障害の症状として現れた言動(BPSD)は除く。  
※これらのハラスメント行為は状況により介護サービスの提供が終了となる場合がありますのでご留意をお願いします。

※基本利用料

負担割合1割							
介護度	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	369	383	486	553	622	715	762
要介護2	398	439	565	642	738	850	903
要介護3	429	498	643	730	852	981	1,046
要介護4	458	555	743	844	987	1,137	1,215
要介護5	491	612	842	957	1,120	1,290	1,379

負担割合2割							
介護度	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	738	766	972	1,106	1,244	1,430	1,524
要介護2	796	878	1,130	1,284	1,476	1,700	1,806
要介護3	858	996	1,286	1,460	1,704	1,962	2,092
要介護4	916	1,110	1,486	1,688	1,974	2,274	2,430
要介護5	982	1,224	1,684	1,914	2,240	2,580	2,758

負担割合3割							
介護度	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	1,107	1,149	1,458	1,659	1,866	2,145	2,286
要介護2	1,194	1,317	1,695	1,926	2,214	2,550	2,709
要介護3	1,287	1,494	1,929	2,190	2,556	2,943	3,138
要介護4	1,374	1,665	2,229	2,532	2,961	3,411	3,645
要介護5	1,473	1,836	2,526	2,871	3,360	3,870	4,137

※加算料金		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
[ご利用者様全員にかかる加算]				
科学的介護推進体制加算		40円 /月	80円 /月	120円 /月
感染症災害3%加算		基本利用料の3% /回	基本利用料の3% /回	基本利用料の3% /回
サービス提供体制強化加算 ※(Ⅰ) から (Ⅲ)までのいずれか	(Ⅰ)	22円 /回	44円 /回	66円 /回
	(Ⅱ)	18円 /回	36円 /回	54円 /回
	(Ⅲ)	6円 /回	12円 /回	18円 /回
介護職員等処遇改善加算 ※(Ⅰ) から (Ⅳ)までのいずれか	(Ⅰ)	サービス費合計額の8.6% /月	サービス費合計額の8.6% /月	サービス費合計額の8.6% /月
	(Ⅱ)	サービス費合計額の8.3% /月	サービス費合計額の8.3% /月	サービス費合計額の8.3% /月
	(Ⅲ)	サービス費合計額の6.6% /月	サービス費合計額の6.6% /月	サービス費合計額の6.6% /月
	(Ⅳ)	サービス費合計額の5.3% /月	サービス費合計額の5.3% /月	サービス費合計額の5.3% /月
[対象者の方のみにかかる加算]				
通所リハ延長加算1	8時間以上9時間未満	50円 /回	100円 /回	150円 /回
通所リハ延長加算2	9時間以上10時間未満	100円 /回	200円 /回	300円 /回
理学療法士等体制強化加算		30円 /日	60円 /日	90円 /日
リハビリテーション提供体制加算(3時間以上4時間未満)		12円 /回	24円 /回	36円 /回
リハビリテーション提供体制加算(4時間以上5時間未満)		16円 /回	32円 /回	48円 /回
リハビリテーション提供体制加算(5時間以上6時間未満)		20円 /回	40円 /回	60円 /回
リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)		24円 /回	48円 /回	72円 /回
リハビリテーション提供体制加算(7時間以上)		28円 /回	56円 /回	84円 /回
入浴介助加算(Ⅰ)		40円 /日	80円 /日	120円 /日
入浴介助加算(Ⅱ)		60円 /日	120円 /日	180円 /日
リハビリテーションマネジメント加算イ(同意日から6ヶ月以内)		560円 /月	1,120円 /月	1,680円 /月
リハビリテーションマネジメント加算イ(同意日から6ヶ月超)		240円 /月	480円 /月	720円 /月
リハビリテーションマネジメント加算ロ(同意日から6ヶ月以内)		593円 /月	1,186円 /月	1,779円 /月
リハビリテーションマネジメント加算ロ(同意日から6ヶ月超)		273円 /月	546円 /月	819円 /月
リハビリテーションマネジメント加算ハ(同意日から6ヶ月以内)		793円 /月	1,586円 /月	2,379円 /月
リハビリテーションマネジメント加算ハ(同意日から6ヶ月超)		473円 /月	946円 /月	1,419円 /月
リハビリテーションマネジメント加算ハ(医師からの説明)		270円 /月	540円 /月	810円 /月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円 /日	220円 /日	330円 /日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240円 /日	480円 /日	720円 /日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,920円 /月	3,840円 /月	5,760円 /月
生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始日から6ヶ月以内)		1,250円 /月	2,500円 /月	3,750円 /月
若年性認知症利用者受入加算		60円 /日	120円 /日	180円 /日
退院時共同指導加算		600円 /回	1,200円 /回	1,800円 /回
栄養改善加算(月2回を限度)		200円 /回	400円 /回	600円 /回
栄養アセスメント加算		50円 /月	100円 /月	150円 /月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回を限度)		20円 /回	40円 /回	60円 /回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回を限度)		5円 /回	10円 /回	15円 /回
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回を限度)		150円 /回	300円 /回	450円 /回
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ(月2回を限度)		155円 /回	310円 /回	465円 /回
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回を限度)		160円 /回	320円 /回	480円 /回
重度療養管理加算		100円 /日	200円 /日	300円 /日
中重度者ケア体制加算		20円 /日	40円 /日	60円 /日
送迎減算		-47円 /片道	-94円 /片道	-141円 /片道
移行支援加算		12円 /日	24円 /日	36円 /日

※その他の費用

食費	770円 /日	令和6年7月31日まで 700円/日
日用品費	55円 /日	
教養娯楽費	155円 /日	

- ・日用品費とは、ティッシュペーパー、マウスウォッシュ、おしぼり等 日常使用する物の費用です。
- ・教養娯楽費とは、参加者を募って実施するレクリエーション等の行事で使用する費用です。

# 利用同意書

介護老人保健施設みやぎの郷を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、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うえで同意します。

令和 年 月 日

[利用者]

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

[署名代行者]

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_

[身元引受人]

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_

【本約款第7条、請求書・明細書の送付先】

(利用者 ・ 身元引受人 ・ その他 ) ※その他の場合は下の欄にご記入ください。

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_

【本約款第12条緊急時及び事故発生時の連絡先】

(身元引受人 ・ その他 ) ※その他の場合は下の欄にご記入ください。

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_