

介護老人保健施設はまなすの丘
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ご案内

<重要事項説明書>

(令和8年1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 湖聖会 介護老人保健施設 はまなすの丘
開 設 年 月 日	平成18年10月2日
所 在 地	宮城県気仙沼市本吉町外尾25番地
電 話 番 号	0226-42-2915・ファックス番号 0226-42-2916
管 理 者 名	施設長 菊地 俊彦
介護保険指定番号	介護老人保健施設 (0453680035号)

(2) 介護老人保健施設はまなすの丘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目的と運営方針

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、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援状態）と認定された利用者に対し、介護保険法令の主旨に従って、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）計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

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、ご理解いただきたい上でご利用ください。

【運営方針】

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）計画に基づいて、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、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう住宅ケアの支援に努める。
2. 介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。

(3) 施設の職員体制

職 種	常 勤	業 務 内 容
管 理 者	1人	業務全般の管理
医 師	1人以上	利用者の健康管理及び医療処遇
看 護 職 員	2人以上	保健衛生並びに看護業務
介 護 職 員	4人以上	日常生活全般にわたる介護業務
相 談 員	1人以上	利用者に対する相談指導業務
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1人以上	利用者に対するリハビリテーションの実施
栄 養 士	1人以上	利用者の献立を立て給食業務統括

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

調理員	8人以上	利用者への食事提供
事務職員	1人以上	事務処理
その他	若干名	

(4) 利用定員等 40名

(5) 営業日 月曜日～土曜日 ※日曜日はお休みとなります

2. サービス内容

- ① 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には特別浴槽で対応）
- 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 ご利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ 栄養管理、栄養状態の管理
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ その他

※これらのサービスのなかには、ご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。

3. 通常の事業の実施地域

事業所の通常の事業の実施地域は気仙沼市（旧本吉町・長磯地区）、南三陸町（戸倉・入谷地区を除く）、一関市室根町津谷川地区となります。

上記のエリア以外も送迎、提供時間等を考慮させて頂きながら対応させて頂きます。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

協力医療機関名称	住 所
気仙沼市立病院附属本吉医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷明戸 222 番地 2
気仙沼市立病院	宮城県気仙沼市赤岩杉ノ沢 8 番地 2
南三陸病院	宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田 14 番地 3

協力歯科医療機関	住 所
三浦歯科医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷明戸 24 番地 2
山谷歯科医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷新明戸 210
南三陸病院	宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田 14 番地 3

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、本紙にご記入いただいた連絡先番号にご連絡いたします。

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事 特段の事由が無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、食事の持ち込みは禁止とさせて頂きます。
- ・持ち込みの禁止 利用者間での物のやり取りや施設での物の受け渡しは、トラブル防止の観点から原則禁止とさせて頂きます。
- ・面会 ご来訪の方は、受付で面会記録簿にご記入の上で面会ください。
- ・飲酒・喫煙 当施設では、ご遠慮いただいております。
- ・火気の取扱い 当施設では火元になるマッチやライター等の所持はご遠慮頂いております。
- ・設備・備品の利用 施設内の居室や設備、器具は本来の使用法に従ってご利用ください。また、ご利用中に設備や器具に破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
- ・金銭・貴重品の管理 現金・貴重品はお預かりしかねます。また、盗難・紛失についての責任は一切負いかねます。
- ・宗教活動等 施設内での他ご利用者に対する宗教活動および政治活動、営利行為はご遠慮ください。
- ・ペットの持ち込み 施設内でペットの持ち込みや飼育はお断りいたします。
- ・提供時間について 居宅サービス計画書及び通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画書）に定める 提供時間を超えての利用はできません。

6. 秘密保持

当施設の職員は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持します。また、当施設の職員であった者に、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後についてもこれらの秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器、消火栓、火災報知自動転送システム
- ・防災訓練 年2回

8. 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。また、他利用者への迷惑行為を禁止します。

9. 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相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

10. 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おりますので、ご請求ください。

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

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

(令和8年1月1日現在)

1. 介護保険証及び介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合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、要介護者及び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、ご利用者に関す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・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、ご利用者・ご家族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

(1) 基本料金（通所リハビリテーション）

① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は一日当たりの自己負担分です）

・通常規模型通所リハビリテーション費

【1時間以上2時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	369 円	738 円	1,107 円
要介護 2	398 円	796 円	1,194 円
要介護 3	429 円	858 円	1,287 円
要介護 4	458 円	916 円	1,374 円
要介護 5	491 円	982 円	1,473 円

【2時間以上3時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	383 円	766 円	1,149 円
要介護 2	439 円	878 円	1,317 円
要介護 3	498 円	996 円	1,494 円
要介護 4	555 円	1,110 円	1,665 円
要介護 5	612 円	1,224 円	1,836 円

【3時間以上4時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	486 円	972 円	1,458 円
要介護 2	565 円	1,130 円	1,695 円
要介護 3	643 円	1,286 円	1,929 円

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

要介護 4	743 円	1,486 円	2,229 円
要介護 5	842 円	1,684 円	2,526 円

【4 時間以上 5 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	553 円	1,106 円	1,659 円
要介護 2	642 円	1,284 円	1,926 円
要介護 3	730 円	1,460 円	2,190 円
要介護 4	844 円	1,688 円	2,532 円
要介護 5	957 円	1,914 円	2,871 円

【5 時間以上 6 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	622 円	1,244 円	1,866 円
要介護 2	738 円	1,476 円	2,214 円
要介護 3	852 円	1,704 円	2,556 円
要介護 4	987 円	1,974 円	2,961 円
要介護 5	1,120 円	2,240 円	3,360 円

【6 時間以上 7 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	715 円	1,430 円	2,145 円
要介護 2	850 円	1,700 円	2,550 円
要介護 3	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	1,137 円	2,274 円	3,411 円
要介護 5	1,290 円	2,580 円	3,870 円

・大規模型通所リハビリテーション費

【1 時間以上 2 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	357 円	714 円	1,071 円
要介護 2	388 円	776 円	1,164 円
要介護 3	415 円	830 円	1,245 円
要介護 4	445 円	890 円	1,335 円
要介護 5	475 円	950 円	1,425 円

【2 時間以上 3 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	372 円	744 円	1,116 円
要介護 2	427 円	854 円	1,281 円
要介護 3	482 円	964 円	1,446 円
要介護 4	536 円	1,072 円	1,608 円
要介護 5	591 円	1,182 円	1,773 円

【3 時間以上 4 時間未満】

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	470 円	940 円	1,410 円
要介護 2	547 円	1,094 円	1,641 円
要介護 3	623 円	1,246 円	1,869 円
要介護 4	719 円	1,438 円	2,157 円
要介護 5	816 円	1,632 円	2,448 円

制定日 22/07/01

改定日 26/01/01

【4時間以上 5時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	525 円	1,050 円	1,575 円
要介護 2	611 円	1,222 円	1,833 円
要介護 3	696 円	1,392 円	2,088 円
要介護 4	805 円	1,610 円	2,415 円
要介護 5	912 円	1,824 円	2,736 円

【5時間以上 6時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	584 円	1,168 円	1,752 円
要介護 2	692 円	1,384 円	2,076 円
要介護 3	800 円	1,600 円	2,400 円
要介護 4	929 円	1,858 円	2,787 円
要介護 5	1,053 円	2,106 円	3,159 円

【6時間以上 7時間未満】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	675 円	1,350 円	2,025 円
要介護 2	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護 3	926 円	1,852 円	2,778 円
要介護 4	1,077 円	2,154 円	3,231 円
要介護 5	1,224 円	2,448 円	3,672 円

(2) 保険内料金（通所リハビリテーション）

① 中山間地域等提供加算

通常の実施地域を越えて、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位数が加算されます。

② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- (1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上配置されていることまたは、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上のいずれかに該当すること

- (2) 定員超過、人員基準欠如に該当しないこと

1割	2割	3割
22 円／日	44 円／日	66 円／日

③ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- (1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されていること

- (2) 定員超過、人員基準欠如に該当しないこと

1割	2割	3割
18 円／日	36 円／日	54 円／日

④ リハビリテーションマネジメント加算（イ）

利用者や家族を含めたリハビリテーション会議を開始から6ヶ月以内は月に1回以上、開始から6ヶ月超えた場合は3ヶ月に1回以上開催し、担当者間で情報共有して記録、通所リハビリテーション計画書の見直をしている場合。通所リハビリテーション計画は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が説明し、同意を得た月から加算されます

【開始月から6月以内】

1割	2割	3割
560 円／月	1,120 円／月	1,680 円／月

制定日 22/07/01

改定日 26/01/01

【開始月から 6 月超】

1 割	2 割	3 割
240 円／月	480 円／月	720 円／月

⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対してその退院（所）又は認定日から起算して 3 月以内に個別リハビリテーションを集中的に行つた場合に加算されます。

1 割	2 割	3 割
110 円／日	220 円／日	330 円／日

⑥ 口腔機能向上加算（I） *実施は月 2 回まで

1 割	2 割	3 割
150 円／回	300 円／回	450 円／回

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

* 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置していること。

* 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書を作成していること。

* 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

* 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。

⑦ 口腔機能向上加算（II）□ *実施は月 2 回まで

1 割	2 割	3 割
160 円／回	320 円／回	480 円／回

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

* リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していないこと。

* 口腔機能向上加算（I）の算定要件を満たしていること。

* 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

⑧ リハビリテーション提供体制加算

常時、事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であると算定されます。

* 介護度が要支援 1・2 の方は算定されません。

【3 時間以上 4 時間未満】

1 割	2 割	3 割
12 円／回	24 円／回	36 円／回

【4 時間以上 5 時間未満】

1 割	2 割	3 割
16 円／回	32 円／回	48 円／回

【5 時間以上 6 時間未満】

1 割	2 割	3 割
20 円／回	40 円／回	60 円／回

制定日 22/07/01

改定日 26/01/01

【6時間以上7時間未満】

1割	2割	3割
24円／回	48円／回	72円／回

⑨ 栄養改善加算

原則3か月以内の期間に限り1か月に2回までの実施となります。栄養状態の評価結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスが引き続き必要な方は継続して実施することができます。

1割	2割	3割
200円／回	400円／回	600円／回

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

- *当該事業所の従事者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- *利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- *利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- *利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

⑩ 入浴介助加算（I）

・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。

1割	2割	3割
40円／日	80円／日	120円／日

⑪ 入浴介助加算（II）

- ・医師、理学療法士等が自宅を訪問し、浴室での動作や環境を評価する。この際、本人自身又は家族等の介助により入浴が難しい場合は医師等が介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入住宅改修に係る助言を行う。
- ・自宅を訪問した医師等が浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画書を作成する。
- ・入浴計画に基づき、自宅の状況に近い環境で入浴介助をした場合。

1割	2割	3割
60円／日	120円／日	180円／日

⑫ 重度療養管理加算

1割	2割	3割
100円／日	200円／日	300円／日

・要介護3、要介護4又は要介護5に該当し、厚生労働大臣の定める状態にある場合に加算されます。

※厚生労働大臣の定める状態の内容は次のとおり。

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

- へ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

(13) 退院時共同指導加算

- ・病院又は診療所に入院中の方が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回利用されると1回に限り加算されます。

1割	2割	3割
600 円／回	1,200 円／回	1,800 円／回

(14) 科学的介護推進体制加算

- ・利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも 3 月に 1 回厚生労働省に提出していること。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

1割	2割	3割
40 円／月	80 円／月	120 円／月

(15) 介護職員等処遇改善加算（I）

- ・施設利用料に各加算を加えた総額の 8.6% が加算されます。

(16) 事業所が送迎を行わない場合

- ・居宅と事業所間との送迎を行わない場合に差し引かれます。

1割	2割	3割
47 円／片道	94 円／片道	141 円／片道

(17) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合

- ・上記の理由で利用者減の実績が前年度の平均延べ利用者数から 5% 以上減少した場合、定められた期間は基本報酬が 3% 加算されます。

(3) 基本料金（介護予防通所リハビリテーション）

① 施設利用料：月額料金で、送迎・入浴費を含みます。

介護予防通所リハビリテーション費

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	2,268 円	4,536 円	6,804 円
要支援 2	4,228 円	8,456 円	12,684 円

(4) 保険内料金（介護予防通所リハビリテーション）

① 中山間地域等提供加算

通常の実施地域を越えて、介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1 日につき所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数が加算されます。

② サービス提供体制強化加算（I）

- (1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 70% 以上配置されていることまたは、勤続 10 以上の介護福祉士が 25% 以上のいずれかに該当すること

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

(2) 定員超過、人員基準欠如に該当しないこと

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	88円／月	176円／月	264円／月
要支援2	176円／月	352円／月	528円／月

2) サービス提供体制強化加算（II）

(1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されていること

(2) 定員超過、人員基準欠如に該当しないこと

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	72円／月	144円／月	216円／月
要支援2	144円／月	288円／月	432円／月

③ 口腔機能向上加算（I） *実施は月1回まで

1割	2割	3割
150円／回	300円／回	450円／回

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

*言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。

*利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書を作成していること。

*利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

*利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。

④ 口腔機能向上加算（II） *実施は月1回まで

1割	2割	3割
160円／回	320円／回	480円／回

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

*口腔機能向上加算（I）の算定要件を満たしていること。

*利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

⑤ 栄養改善加算

原則3か月以内の期間に限り1か月に1回までの実施となります。栄養状態の評価結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスが引き続き必要な方は継続して実施することができます。

1割	2割	3割
200円／月	400円／月	600円／月

・以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

*当該事業所の従事者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

*利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

*利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養

士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

*利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

⑥ 一体的サービス提供加算

- 以下の要件を全て満たす場合に加算されます。

*栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。

*栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月に2回以上設けていること。

*栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。

1割	2割	3割
480円／月	960円／月	1,440円／月

⑦ 介護職員等処遇改善加算（I）

- 施設利用料に各加算を加えた総額の8.6%が加算されます。

⑧ 退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の方が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回利用されると1回に限り加算されます。

1割	2割	3割
600円／回	1,200円／回	1,800円／回

⑨ 科学的介護推進体制加算

- 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者的心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも3月に1回厚生労働省に提出していること。
- 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

1割	2割	3割
40円／月	80円／月	120円／月

⑩ 12月超えて予防通所リハを行う場合に差し引かれます。ただし、以下の基準を満たすことで、差し引かれません。

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	120円／月	240円／月	360円／月
要支援2	240円／月	480円／月	720円／月

*3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直ししていること。

*利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(5) 保険外の料金

① 食費（食材料費等） 720円／食

※通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供が出来ないことがあります。

制定日 22/07/01

改定日 26/01/01

- ② おむつ代　　自己負担（施設のおむつを使用した場合になります）
　　紙パンツ 70 円／枚、紙おむつ 70 円／枚、紙パット 40 円／枚
- ③ 実施地域外の送迎　　70 円／km（自動車を使用した場合）または実費
　※通常の実施地域外の送迎を希望する場合にお支払いただきます。
- ④ その他（教養娯楽費）　　自己負担

4. 支払い方法

- ・毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払ください。
　　お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、口座振替となります。

5. 要望又は苦情等の申出

利用者及び扶養者は、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サービスに対しての要望又は苦情について、相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

電話 0226-42-2915（苦情処理責任者：菊地俊彦）

それ以外にも下記の相談窓口があります。

市町村：気仙沼市保健福祉部高齢介護課	電話番号 0226-22-3462
気仙沼市本吉総合支所市民福祉課	電話番号 0226-42-2975
南三陸町保健福祉課	電話番号 0226-46-2601
宮城県：宮城県気仙沼保健福祉事務所成人高齢班	電話番号 0226-22-6614
宮城県国民健康保険団体連合会	電話番号 022-222-7700

別紙2

個人情報の利用目的

(令和8年1月1日現在)

介護老人保健施設はまなすの丘では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【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
 - －地域ケア会議等への情報提供

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

第三者評価実施状況

宮城県による第三者評価の実施
「情報の公表」宮城県指定調査機関：NPO 法人介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ 〒981-0933 宮城県仙台市青葉区柏木 1-2-45 フォレスト仙台
調査日：2025年01月17日
公表日：2025年02月07日

[広報活動に係る利用目的]

・個人情報及び肖像権利用範囲

利用者及びその家族の個人情報利用については、以下の場合に使用させて頂きます。

利用者の氏名、映像・写真を使用させていただく場合がございます。 以下の各項目について、同意する場合には○を、同意しない場合には×をご記入ください。	本人	家族 又は 代理人
<input type="checkbox"/> ①家族及び後見人への報告		
<input type="checkbox"/> ②当施設サービスの維持・改善にかかる資料		
<input type="checkbox"/> ③当施設の職員研修などにおける資料		
<input type="checkbox"/> ④当施設内の掲示物		
<input type="checkbox"/> ⑤当施設外へ配布するパンフレット、広報誌の掲載		
<input type="checkbox"/> ⑥当施設のホームページ、ブログ等のインターネットを利用したサイト掲載や放送・広告・印刷・各種メディアを含むプロモーション等		

※私の肖像等をサービス利用期間中に撮影した動画及び画像について、上記の定める使用範囲において無償で使用することに、本重要事項説明とともに同意します。また、上記に記載した内容について偽りがないことを保証します。

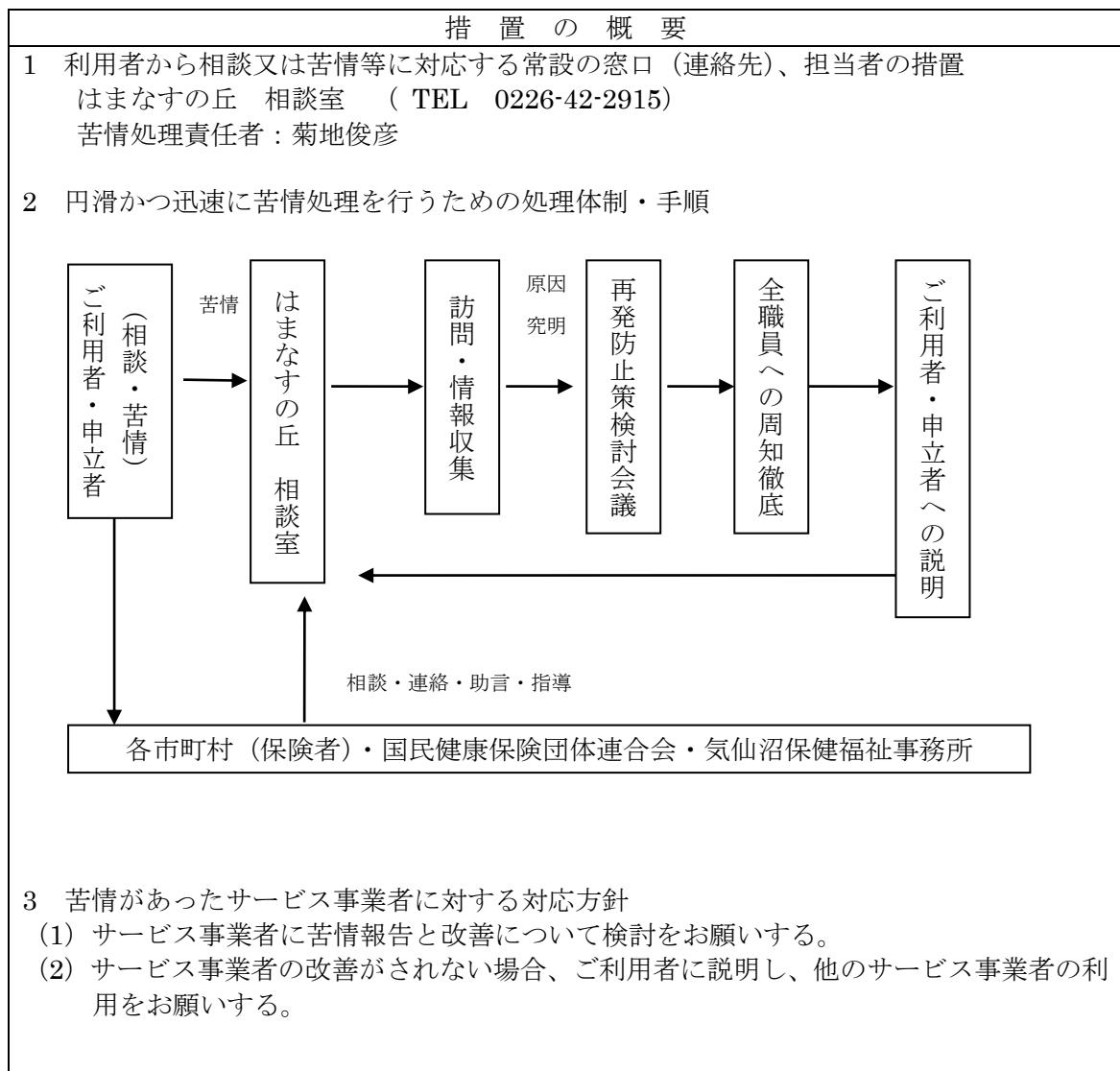
【⑥の場合使用範囲等】

- 動画及び画像を使用した医療法人社団湖聖会または医療法人社団湖聖会が指名した者の作品が、放送・広告・印刷・各種メディア（インターネット等）、あらゆる媒体で使用されることを許可いたします。また、媒体へ使用されなかった場合でも、意義申し立てを行いません。
- 動画及び画像の選択、光学的創作、変形等に対して意義申し立てを行いません。
- 動画及び画像の使用地域を制限しません。
- 動画及び画像の使用期間を制限しません。
- 動画及び画像のデータ、それを出力した印刷物等の提供を求めません。また、動画及び画像を使用した医療法人社団湖聖会または医療法人社団湖聖会が指名した者の作品、作品の見本の提供を求めません。但し、双方の合意があればこの限りではないものとする。

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	介護老人保健施設はまなすの丘
サービス種類	(介護予防) 通所リハビリテーション



制定日 22/07/01
 改定日 26/01/01

年　月　日

介護老人保健施設 はまなすの丘サービス利用にあたり、ご利用者・ご家族に対して 本書面に基づき、重要な事項を説明しました。	
《当施設》	
所在地	〒988-0334 宮城県気仙沼市本吉町外尾25番地
名称	介護老人保健施設 はまなすの丘
説明者	所属 通所リハビリテーション 氏名

私は、本書面により事業者から介護老人保健施設はまなすの丘についての重要事項
の説明を受け同意しました。

ご利用者住所 _____

氏　　名 _____

(本人が署名できない場合) 代筆者氏名 _____ (続柄) _____

ご家族住所 _____

氏　　名 _____

連絡先番号 _____

〈代理人を選任した場合〉

代理人住所 _____

氏　　名 _____

連絡先番号 _____

制定日 22/07/01
改定日 26/01/01