

重 要 事 項 説 明 書

介護老人保健施設 リハパーク舞岡

1. 事業者（法人）の概要

名 称	社会福祉法人 親善福祉協会
所 在 地	横浜市泉区西が岡 1-28-1
代 表 者 名	理事長 山下 光
電 話 番 号	045 (813) 0221

2. 事業所（施設）名称及び所在地

名 称	リハパーク舞岡
所 在 地	横浜市戸塚区舞岡町 3048-4
電 話 番 号	045 (825) 3388
管 理 者 名	施設長 本田守弘
事業所番号	1 4 5 1 0 8 0 0 8 4

3. 目的及び運営方針

(1) 目的

当施設は、入所者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、看護、医学的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世話をを行うことにより、各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、その有する能力に応じ自律した日常生活を営むことができるように支援するための適切な施設サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

当施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って施設サービスを提供します。また、ユニット施設としての特性を生かしたケアを実施し、明るく家庭的な雰囲気と地域や家庭との結び付きを重視した運営をし、行政、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷地面積	11,975.40 m ²
構造階数	鉄筋コンクリート造 3階建
建築面積	2338.39 m ²
延べ床面積	5,323.46 m ²

(2) 定員

種 別	利用定員
本入所	100

(3) 居室

種別	室数	ユニット数	1室当り面積	備考
ユニット型個室	100	10	13.29 m ² ～	全室ユニット型個室、室条件（形状・面積等）は各室毎に異なります。

(4) 主な設備

種別	室数	面積等	備考
共同生活室	10	26.88 m ² ～	ユニット毎に設置、条件（形状・面積等）はユニット毎に異なります。
診察室	1	19.04 m ²	
機能訓練室	1	103.82+70.76 m ²	リハ器機等説明
浴室	5	106.49 m ²	ハートフル浴槽 2・個浴 3・機械浴槽 1
サービスステーション	5	44.47 m ²	2ユニット毎に 1
洗濯室	1	17.99 m ²	基本委託式
汚物処理室	3	53.64 m ²	各フロアーに 1

5. 職員配置

H30.4.1 現在

職種	人数	常勤		非常勤		常勤換算 人数	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1		1			1	総括
医師	1	1				1	診察
薬剤師	1			1		0.4	調剤
看護職員	13	4	5	1	3	12.2	看護
介護職員	62	46		16		59.7	介護
支援相談員	3	3				3	相談
理学療法士	6	4	1	1		5.4	機能訓練
作業療法士	3	3				3	機能訓練
管理栄養士	1		1			1	栄養管理・指導
介護支援専門員	2	2				2	施設サービス計画の作成
事務員	3	3				3	総務
その他	6			6		3.6	補助業務・送迎
合計	102	66	8	25	3	95.3	

6. 勤務体制

種別	勤務体制
施設長	勤務時間 9：00～18：00
医師	勤務時間 9：00～18：00
薬剤師	勤務時間 9：00～18：00
看護職員	日勤 9：00～18：00 夜勤 16：30～9：30
介護職員	早出 7：30～16：30 日勤 9：00～18：00 遅出 10：30～19：30 夜勤 16：30～9：30
支援相談員	勤務時間 9：00～18：00
理学療法士	勤務時間 9：00～18：00
作業療法士	勤務時間 9：00～18：00
管理栄養士	勤務時間 9：00～18：00
介護支援専門員	勤務時間 9：00～18：00
事務員	勤務時間 9：00～18：00

7. 施設サービスの内容

(1) 介護保険給付対象サービス

次のサービスは、介護保険の給付対象となるサービスです。

施設サービス計画の作成	担当の介護支援専門員が、利用者の直面している課題等を評価し、希望を踏まえて施設サービス計画を作成します、 利用者とそのサービス計画を説明し同意を得ます。 施設はサービス計画に基づいてサービスを提供します。
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
医療・看護	医師により、週に1回定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を受け付けます。ただし、当施設で行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	理学療法士、作業療法士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 (当施設が保有するリハビリ器機) レッグプレス・レッグエクステンション・ローイング・ヒップアブダクション N U S T E P ・エルゴメーター・低周波・ホットパック・セラバンド・平行棒 訓練用階段・エアスタビライザー・プラットホーム
入浴	身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入浴の機会を提供します。
排泄	心身の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。シーツ交換は週1回実施します。
レクリエーション等	当施設では、囲碁、将棋等を整えております。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じ、必要な援助を行うように努めます。
家庭復帰に向けた援助	入退所検討委員会により、居宅における生活への復帰の可否を定期的に検討します。

(ユニット型個室)

療養費区分		単 位	備 考
施設サービス費	要介護 1	822 単位(日額)	在宅復帰・在宅療養支援等指標、退所時指導等、リハビリテーションマネジメント、地域貢献活動、充実したリハの要件が満たされている
	要介護 2	896 単位(日額)	
	要介護 3	958 単位(日額)	
	要介護 4	1,014 単位(日額)	
	要介護 5	1,069 単位(日額)	
初期加算		30 単位(日額)	入所した日から起算して 30 日以内の期間については、1 日につき加算
夜勤職員配置加算		24 単位(日額)	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たしていること
短期集中リハビリテーション実施加算		240 単位(日額)	入所の日から起算して 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行うことにより加算
認知症短期集中リハビリテーション実施加算		240 単位(日額)	認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、入所から 3 ヶ月月以内の期間に限り、1 週に 3 日を限度として 1 日につき所定単位数に加算
入所前後訪問指導加算 I		450 単位(1 回)	入所期間が 1 月を超えると見込まれる者の入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に本人が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、入所中 1 回を限度として算定する
入所前後訪問指導加算 II		480 単位(1 回)	入所前後訪問指導加算 I における施設サービス計画の策定等にあたり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中 1 回を限度として算定する。 イ 生活機能の具体的な改善目標 ロ 退所後の生活に係る支援計画
栄養マネジメント加算		14 単位(日額)	次のいずれの基準にも適合するものとして県知事に届け出た施設における管理栄養士が、継続的に入所者ごとの栄養管理をした場合、1 日につき所定単位数を加算する。 イ 常勤の管理栄養士を 1 名以上配置していること。 ロ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・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。 ハ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること。 ニ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

	口腔衛生管理体制加算	30 単位(月額)	下記基準に適合する施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。 イ 施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
	口腔衛生管理加算	90 単位(月額)	下記基準に適合する施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。 イ 施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
	低栄養リスク改善加算	300 単位(月額)	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養マネジメント加算を算定している施設であること ・経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること ・低栄養リスクが「高」の入所者であること ・新規入所時又は再入所時のみ算定可能とする事 ・月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること ・作成した利用ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者のごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事、栄養調整等を行うこと ・当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと ・入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6ヶ月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。
緊急時施設療養費	緊急時治療管理	511 単位(日額)	<ol style="list-style-type: none"> 1 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等行ったときに算定する。 2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する3日を限度として算定する。
	特定治療	医科診療報酬点数表に定める点数に10円を乗じて得た額を算定	特定のリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に算定する

所定疾患施設療養費	235 単位(日額)	<p>1 次のいずれの基準にも適合する施設において、別に定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った時に算定する。</p> <p>2 同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定する。</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>イ 診断、処断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を記録簿に記載していること</p> <p>ロ 算定開始年度の翌年度以降において、前年度における実施状況を公表していること</p> <p>次のいずれかに該当する者</p> <p>イ 肺炎の者</p> <p>ロ 尿路感染症の者</p> <p>ハ 带状疱疹の者(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者。)</p>
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125 単位(1回)	<p>処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に利用者の主治医に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、1人につき1回を限度として算定する</p> <p>イ 6種類以上の内服薬が処方されており、処方の内容を介護老人保健施設の医師と入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、処方する内服薬を減少させることについて介護老人保健施設の医師と主治の医師が合意している者</p> <p>ロ 合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、利用者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者</p> <p>ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者</p>
外泊時費用	362 単位(日額)	入所者に対して外泊を認めた場合、所定単位数に代えて1月に6日を限度として算定(初日及び最終日は算定できない)
外泊時費用 (在宅サービスを利用する場合)	800 単位(日額)	入所者に対して居宅における外泊を認め、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日限度として算定(初日及び最終日は算定できない)
再入所時栄養連携加算	400 単位(1日)	介護保健施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる利用管理が必要となった場合(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって、介護保健施設の管理栄養士が医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、介護老人保健施設へ再入所した場合栄養マネジメント加算を算定していること
若年性認知症入所者受入加算	120 単位(日額)	若年性認知症入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合には、1日につき所定単位数に加算する

褥瘡マネジメント加算	10単位(月額)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の浄化に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること ・上記の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件 <ul style="list-style-type: none"> *関連職種の方が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること *褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること ・評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと
排せつ支援加算	100単位(月額)	<p>排泄に介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師、または適宜医師と連携した看護師が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、</p> <ul style="list-style-type: none"> *排泄に介護を要する原因等についての分析 *分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う
退所時指導加算	400単位(1回)	<p>次に掲げる区分のいずれかに該当する場合に、所定単位数を加算する。</p> <p>イ 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、退所時に、本人及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所者1人に付1回を限度として算定する。</p> <p>ロ 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、本人及び家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として算定する。</p>
退所時情報提供加算	500単位(1回)	<p>入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において療養を継続する場合に、退所後の主治医に対して本人の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合、入所者1人につき1回に限り算定する。</p>
退所前連携加算	500単位(1回)	<p>入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、退所に先立って利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、本人の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する</p>
訪問看護指示加算	300単位(1回)	<p>退所時に施設医師が診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回、随時対応型訪問介護看護または指定看護小規模多機能型居宅介護の利用が必要であると認め、当該者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回、随時対応型訪問介護看護事業所または指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して当該者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度に算定する</p>

ターミナルケア加算	160単位(日額) (死亡日以前4~30日) 820単位(日額) (死亡日以前2~3日) 1650単位(日額) (死亡日)	次の基準に適合する入所者については、ターミナル加算として、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき160単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき820単位を、死亡日については1日につき1650単位を、死亡月に所定単位数に加算する ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない 1. 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者であること 2. 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること 3. 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていること
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	18単位(日額)	介護職員のうち介護福祉士が60%以上を占める場合に算定できる。
介護職員処遇改善加算	所定単位数×39/1000	

① 費用

原則として介護保険給付対象サービス点数表の介護保険施設サービス費・加算等の単位数に、事業所の所在する地域区分に設定された「1単位の単価」を乗じて算定された1割又は2割が利用者の負担額となります。当施設の地域区分は特甲地で、1単位の単価は10,720円です。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金全額をお支払いください。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

(ア) 介護保険給付対象外サービス

次のサービスは、介護保険の適用を受けないサービスです。全額が利用者の負担となります。

区分	単位	利用者負担額
食費	1日につき	1,630円
居住費	1日につき	3,000円

(ロ) 利用者の希望に応じて提供するサービス

特別室料	1日につき	1,080円
教養娯楽費	利用者が希望した場合	実費
理美容代	利用者が希望した場合	実費
私物洗濯代	利用者が希望した場合	委託業者の単価表による
日用品費	利用者が希望した場合	委託業者の単価表による

負担軽減対象負担限度額

所得段階	利用者の所得段階別負担限度額			
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費(日額)	300円	390円	650円	1,630円
居住費(日額) ユニット型個室	820円	820円	1,310円	3,000円

※ 第1段階…生活保護受給者及び世帯全員が住民税非課税者で老齢福祉年金受給者

※ 第2段階…世帯全員が住民税非課税者で課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下の方

※ 第3段階…世帯全員が住民税非課税者で課税年金収入が年間80万円超266万円以下の方

その他の費用

死亡時処置費用	施設での死亡確認後、清拭、衛生処置、着替え、化粧等	15,000円
---------	---------------------------	---------

備考 上記金額については、別途消費税を徴収する。

文書作成費用

区分	単位	金額
死亡診断書	1通目	10,000円
	2通目より	5,000円
生命保険の死亡診断書	1通につき	7,000円
恩給、厚生年金、国民年金、福祉年金等の障害認定診断書	1通につき	7,000円
一般診断書	1通につき	5,000円～
各種証明書	1通につき	3,000円

備考 上記金額については、別途消費税を徴収する。

8. 利用料等のお支払い

(1) 口座引落

毎月、14日までに「7 施設サービス」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料金等を利用料明細書により請求し、同月27日（金融機関が休日の際は翌営業日）にご指定口座よりお引落としさせていただきます。なお、金融機関等手続の都合にて初回お引落とし時に間に合わない場合は、翌月に合算してお引落としさせていただきますのでご了承願います。

9. 緊急時の対応

施設はサービス提供に際して、利用者に急変、体調不良、事故等がみられた場合には、利用者代理人、家族等への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

10. 外部医療機関への受診

入所者の病状からみて施設において必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力医療機関その他適切な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の往診を求める等診療について適切な措置を講じる。

また、不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させない。

11. 外部の医療機関に入院となった場合の取り扱い

- (1) 外部の医療機関への受診の結果、入院する必要が生じ、入院となった場合には当施設を退所となります。
- (2) 外部の医療機関に入院になった場合で、やむを得ない事情がある場合を除いて、退院後、円滑に入所できるよう努めます。

12. 苦情等相談窓口

(1) 当施設における苦情等の受付

サービスに関する利用者及びその家族からの苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

窓口責任者	支援相談課長 高谷 翼
ご利用時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00
電話番号	045-825-3388
ファックス	045-825-3133
ご意見箱の設置	各階に設置しております

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○横浜市健康福祉局高齢施設課

所在地	横浜市中区港町1-1
電話番号	045-671-3923
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

○国民健康保険団体連合会

所在地	横浜市西区楠町27-1
電話番号	045-329-3447
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

13. 非常災害時の対策

施設の非常災害対策については、消防法施行規則(昭和36年自治省令第6号)第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画を策定し、これに基づき行い、消防法(昭和23年法律第186号)第8条に規定する防火管理者を置き、次のとおり万全を期します。

非常時の対応	別途定める「老人保健施設リハパーク舞岡消防計画」に則り対応を行います。	
避難訓練及び防災設備	別途定める「老人保健施設リハパーク舞岡消防計画」に則り年2回の夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して行います。	
	設備名称	
	スプリンクラー	自動火災報知器
	防火扉・シャッター	誘導灯
	避難階段	屋内消火栓
消防計画等	届出日：平成29年5月23日 防火管理者：平野貴之	

14. 協力医療機関等

病状の急変等に備えるための協力医療機関・協力歯科医療機関は、次のとおりです。

種別	施設名	所在地
救急病院	国際親善総合病院	横浜市泉区西が岡1-28-1
	戸塚共立第2病院	横浜市戸塚区吉田町579-1
	湘南泉病院	横浜市泉区新橋町1784
	ふれあい東戸塚ホスピタル	横浜市戸塚区上品濃16-8
	横浜栄共済病院	横浜市栄区桂町132
歯科	原歯科	横浜市南区弘明寺268番地

15. 秘密の保持及び個人情報の保護

施設と職員は、業務上知り得た利用者もしくはその個人情報を適切に取り扱い、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、下記につきましては利用者及び代理人の同意を得て、個人情報を使用するものとします。

- (1) サービス提供困難時の事業間の連絡、紹介等
- (2) 居宅介護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の市長村への通知
- (4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の医師への連絡等
- (5) 生命・身体の保護のため必要な場合。

以上の事項は、利用終了時も同様の扱いとします。

16. 事故発生防止について

- (1) 安全かつ適切に、質の高いサービスを提供するために、事故防止マニュアルを作成し、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。
- (2) 入所者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにし、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
 - 2 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。
 - 3 入所者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

17. 身体拘束その他行動制限の禁止

施設は入所者または他の利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむをえない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他方法により行動を制限しません。

18. 施設利用にあつたての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～18:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ず職員に届け出てください。 また、来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出及び外泊を希望する場合には、所定の手続により管理者に届け出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。 また、破損等が生じた場合、事由により弁償していただく場合があります。 施設の清潔、整頓その他環境衛生の保持のためにご協力ください。
飲酒・喫煙	居室内での飲酒・喫煙はできません。 ・ 飲酒については、医師の許可の下、適量の晩酌は共同生活室で可能です ・ 喫煙については、健康のため禁煙を勧めておりますが、どうしても禁煙できないご利用者様には、ご家族の面会時のみ所定の場所をお願いいたします
迷惑行為等	施設内では次に挙げるような行為はしないでください。 ・ けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと ・ 施設の秩序又は風紀を乱し、安全衛生を害すること ・ 指定した場所以外で火気を用いること ・ 故意に施設若しくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと ・ 騒音等他の入所者の迷惑になる行為 ・ 無断で他の入所者の居室に立ち入ること
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	他の入所者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。
動物持ち込み	施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項について文書を交付し、説明をしました。

平成 年 月 日

事業者	住 所	神奈川県横浜市戸塚区舞岡町
	事業者(法人)名	社会福祉法人 親善福祉協会
	事業所名	介護老人保健施設 リハパーク舞岡
	(事業所番号)	1451080084号

代表者名	施設長 本田 守弘 印
------	-------------

説明者	職 名	支援相談員
-----	-----	-------

氏 名	印
-----	---

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日

利用者	住 所
-----	-----

氏 名	印
-----	---

代理人 (選任した場合)	住 所
-----------------	-----

氏 名	印
-----	---