

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション 契約書別紙 「重要事項説明書」

当施設は契約者（またはご家族様等）に対して、通所リハビリテーション及び介護予防リハビリテーションサービスを提供いたします。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 法人の概要

- | | |
|------------|----------------|
| (1) 法人の名称 | 医療法人社団 健老会 |
| (2) 法人の所在地 | 千葉県市原市椎津2558-1 |
| (3) 電話番号 | 0436-66-1161 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岡 了 |

2. 事業者の概要

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1) 事業所番号 | 12B0600017 |
| (2) ご利用事業所の名称 | 介護医療院 姉ヶ崎ケアセンター |
| (3) 施設の所在地 | 千葉県市原市椎津2545-1 |
| (4) 電話番号 | 0436-66-8867 |
| (5) FAX番号 | 0436-66-7118 |
| (6) 管理者名 | 李 芳菁 |

3. 事業の目的と運営方針

- (1) 当施設は通所リハビリテーションにおいて、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身機能の維持を図ることを目的とします。そして、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法等の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1日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めるものとします。
- (2) 介護予防通所リハビリテーションにおいては、要支援状態と認定された利用者に対し、心身機能の改善等を通じて生活の質の向上や意欲を高めるような適切な働きかけを行い、利用者の自立の可能性を最大限に引き出すことを目的とする。そして、利用者の心身状況を把握し作成された個別のサービス計画に基づきリハビリテーション等を行い、定められた期間での生活の質の向上を目指すものとします。
- (3) 当施設は（介護予防）通所リハビリテーションサービスの実施に当たって、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- (4) 当施設は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況等に応じた生活援助を行うものとします。
- (5) 施設を運営するにあたり、常に人格を尊重し、要介護者及び要支援者の立場に立った専門性のあるサービスを提供、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市区町村、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、保健、医療または福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものとします。

4. 建物の構造等

- | | |
|-----------|-----------|
| (1) 指定年月日 | 2026年4月1日 |
| (2) 入所定員 | 100名 |

- (3) 通所定員 20名（介護予防通所リハビリテーションを含む）
 (4) 建物の構造 鉄筋コンクリート造5階建
 (5) 延床面積 4096.82㎡
 (6) 居室 個室：18室 3人部屋：2室 4人部屋：19室

5. 施設の職員体制

※定員100名に対しての基準値となっております。

職種	入所	通所	職務内容
(1) 管理者	1人	1人 (兼務)	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
(2) 医師	1人以上	1人以上 (兼務)	利用者の診療及び健康管理を行い、医学的管理の下で療養を提供する。 なお、Ⅱ型療養床のみを有する介護医療院であり、併設病院の医師が速やかに診察する体制が確保されていることから医師の宿直は行わない。
(3) 薬剤師	1人以上		医師の処方箋に基づき調剤を行うとともに、医薬品の管理、服薬指導、薬剤情報の提供その他薬剤管理に関する業務を行う。
(4) 支援相談員	1人以上		利用者及び家族の相談援助、関係機関との連絡調整を行う。
(5) 看護職員	8人以上		医師の指示の下、診療の補助及び利用者の看護、健康管理を行う。
(6) 介護職員	8人以上	1人以上	利用者の日常生活上の介護（食事、入浴、排せつ等）を行う。
(7) 管理栄養士	1人以上		利用者の栄養管理及び食事の提供に関する業務を行う。
(8) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	適当数	1人以上	医師の指示の下、機能訓練を実施する。
(9) 介護支援専門員	1人以上		施設サービス計画の作成及びサービス提供の調整を行う。
(10) 診療放射線技師	適当数		X線撮影等を行う。
(11) 調理員	適当数		献立に基づき、給食を調理し、配膳を行う。
(12) 事務職員	適当数		必要な事務を行う。
(13) その他	適当数		清掃、洗濯等。

6. サービス内容

- (1)（介護予防）通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション計画書に基づいて、理学療法、作業療法等必要なリハビリテーションを実施する。
 (2)（介護予防）通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に基づき入浴介助を実施する。（衣類の着脱及び整容の介助を含む）
 (3)（介護予防）通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に基づき食事の提供を行う。
 (4)（介護予防）通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に基づき心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供する。
 (5)（介護予防）通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に基づき口腔衛生管理として口腔内の確認や指導、口腔機能の維持向上について他職種と協働しケアを行う。
 (6)（介護予防）通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に基づき、居宅と施設間の送迎を行う。

- (7) 他の事業者間との連携を図り、利用者の心身の状況・生活環境を把握しながら利用希望に対応する。また当該利用者の居宅介護支援専門員に対し、計画の実施結果を報告する。

7. 営業日及び営業時間

(介護予防) 通所リハビリテーションの営業日及び営業時間は、次の通りとする。

- (1) 営業日は月曜日、水曜日、金曜日とする。
※ただし、祝祭日、夏季3日間(8/13～15)、年末年始(12/30～1/3)は除く。
- (2) 営業時間は、午前9時から午後4時までとする。(送迎時間は除く)
※ただし、利用者が希望し、管理者が必要と認めた場合は、この限りではない。

8. 通常の実施地域及び通常の送迎の実施地域等

(介護予防) 通所リハビリテーションにおける通常の事業の実施地域及び通常の送迎の実施地域については、市原市、袖ヶ浦市区域とし、当該実施地域外へ送迎する場合、【重要事項9. 利用料金(5) その他の費用】に定める地域外への送迎費を徴収する。

9. 利用料金

施設の利用料金は、介護保険法に基づく要介護度及び要支援1、2によって利用料が異なります。厚生労働大臣が定める基準によるものとし、その1割、2割負担または3割負担の額となります。

(1) 介護予防通所リハビリテーション【基本報酬】(単位数にて記載)

介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268/月
	要支援2	4,228/月

(2) 介護予防リハビリテーション【加減算】(単位数にて記載) ▲は減算を意味する

項 目		単位	備 考
入所定員の超過、または職員等の欠員減算		70/100	定員超過、または、医師、看護職員、介護職員、PT, OT, ST、介護支援専門員の員数不足
高齢者虐待防止未実施減算		▲1/100	運営基準の未遵守
業務継続計画未策定減算		▲1/100	運営基準の未遵守
中山間地域等居住者へのサービス提供加算		5%	通常事業の実施地域を超えた地域
生活行為向上リハビリテーション実施加算		562	開始日から6月以内(ひと月につき)
若年性認知症利用者受入加算		240	
12月超過利用減算	要支援1	▲120	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合
	要支援2	▲240	
退院時共同指導加算		600	
栄養アセスメント加算		50	管理栄養士を1名以上配置等
栄養改善加算		200	低栄養状態の改善等を目的とした栄養管理
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	6月に1回を限度/栄養アセスメント加算・栄養改善加算・口腔機能改善加算を算定している場合(Ⅱ)を算定
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導等又は摂食・嚥下機能に関する指導等/月2回限度3月以内(原則)
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160	

選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善	480	
	運動器機能向上及び口腔機能向上	480	
	栄養改善及び口腔機能向上	480	
一体的サービス提供加算		480	栄養改善及び口腔機能向上
科学的介護推進体制加算（１月につき）		40	ADL 値等情報等を通りハ計画の見直しに活用
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	88	介護福祉士 70%以上又は勤続年数 10 年以上の介護福祉士 25%以上配置
	要支援 2	176	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1	72	介護福祉士 50%以上
	要支援 2	144	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1	24	介護福祉士 40%以上又は勤続年数 7 年以上の者 30%以上配置
	要支援 2	48	
介護職員等処遇改善加算		(Ⅰ) 所定単位×86/1000 (Ⅱ) 所定単位×83/1000 (Ⅲ) 所定単位×66/1000 (Ⅳ) 所定単位×53/1000	

(3) 通所リハビリテーション【基本報酬】

(1日あたりの単位数)

介護度	1～2 時間未満	2～3 時間未満	3～4 時間未満	4～5 時間未満	5～6 時間未満	6～7 時間未満	7～8 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

(4) 通所リハビリテーション【加減算】(単位数にて記載) ▲は減算を意味する

項 目		単位	備 考
入所定員の超過、または職員等の欠員減算		70/100	定員超過、または、医師、看護職員、介護職員、PT, OT, ST、介護支援専門員の員数不足
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合、1 回につき 3/100 を所定単位数に加算			
中山間地域等居住者へのサービス提供加算		5%	通常事業の実施地域を超えた地域の利用者
高齢者虐待防止未実施減算		▲1	運営基準の未遵守
業務継続計画未策定減算		▲1	運営基準の未遵守
理学療法士等体制強化加算(1～2 時間未満のみ)		30/日	専従常勤 PT, OT, ST 2 名以上配置
延長加算 (時間は前後通算)	8 時間以上 9 時間未満	50	「6 時間以上 8 時間未満」の通所リハに前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が 8 時間以上となった場合の加算
	9 時間以上 10 時間未満	100	
	10 時間以上 11 時間未満	150	
	11 時間以上 12 時間未満	200	
	12 時間以上 13 時間未満	250	

	13 時間以上 14 時間未満	300	
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	常時、事業所に配置されている PT, OT 又は ST 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 以上であること
	4 時間以上 5 時間未満	16	
	5 時間以上 6 時間未満	20	
	6 時間以上 7 時間未満	24	
	7 時間以上 8 時間未満	28	
入浴介助加算	入浴介助加算 (Ⅰ)	40/日	(Ⅱ) 利用者の動作及び浴室環境を評価し、入浴計画に基づき個浴等により実施
	入浴介助加算 (Ⅱ)	60/日	
リハビリテーション マネジメント加算 A イ	開始日から 6 月以内	560/月	リハビリテーション計画の作成に関与した PT, OT, ST が利用者やその家族に説明し、医師に報告する場合
	開始日から 6 月超	240/月	
リハビリテーション マネジメント加算 A ロ	開始日から 6 月以内	593/月	
	開始日から 6 月超	273/月	
リハビリテーション マネジメント加算 B イ⇒ハ	開始日から 6 月以内	793/月	リハビリテーション計画について医師が利用者やその家族に説明する場合。同意を得た場合ひと月に更に 270 単位加算する。
	開始日から 6 月超	473/月	
短期集中個別リハビリテーション加算		110/日	退院(所)日・認定日から起算して 3 月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240/日	(Ⅰ)退院(所)日・通所開始日から起算して 3 月以内、週 2 日限度としてリハビリテーションを実施
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1920/月	(Ⅱ)退院(所)日・通所開始日の属する月から起算して 3 月以内、週 4 回以上リハビリテーションを実施
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1250/月	開始日から 6 月以内 (ひと月につき)
若年性認知症利用者受入加算		60/日	
栄養アセスメント加算		50/月	管理栄養士を 1 名以上配置等
栄養改善加算		200/回	月 2 回限度、3 月以内 (原則)
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20/回	6 月に 1 回を限度／栄養アセスメント加算・栄養改善加算・口腔機能改善加算を算定している場合(Ⅱ)を算定
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5/回	
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150/回	月 2 回限度、3 月以内 (原則)
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ⇒イ	155/回	
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ⇒ロ	160/回	
重度療養管理加算		100/日	要介護 3, 4, 5 に限る (1~2 時間未満は算定不可)
中重度者ケア体制加算		20/日	専らサービス提供にあたる看護職員を 1 名以上配置等
科学的介護推進体制加算		40/日	ADL 値等情報等を通りハ計画の見直しに活用
事業所が送迎を行わない場合		▲47	片道につき
退院時共同指導加算		600/回	退院につき 1 回限り

移行支援加算		12/日	リハビリにより利用者のサービス等への移行等を支援した場合
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22/回	介護福祉士 70%以上又は勤続年数 10年以上の介護福祉士 25%以上配置
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18/回	介護福祉士 50%以上
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6/回	介護福祉士 40%以上又は勤続年数 7年以上の者 30%以上配置
介護職員等処遇改善加算		(Ⅰ) 所定単位×86/1000 (Ⅱ) 所定単位×83/1000 (Ⅲ) 所定単位×66/1000 (Ⅳ) 所定単位×53/1000	

※地域別加算により、精算時は 1 単位＝10,450 円で計算されるため、合計で若干の誤差が生じる場合がございます。

(5) その他の料金 (税込)

① 食費(昼食)	525 円/日
② おやつ	105 円/日
③ 日用品費	105 円/日
④ 教養娯楽費	200 円/日
④ 理美容代	2,500 円/回
⑤ 行事費(内容によって金額変動あり)	100 円～300 円
⑥ おむつ代	紙おむつ・リハビリパンツ 220 円/1 枚
	尿取りパッド 110 円/1 枚
⑦ 地域以外への送迎費(片道)	1,000 円
⑧ 破損料(施設の物品等を破損した場合)	実費

10. 支払い方法

毎月末日で締めて、1 か月ごとに計算をし、翌月の 10 日までに請求書を発行しますので、その 20 日までに下記のいずれかの方法(利用契約時にお選びください)でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

① 窓口で現金支払い

(病院 1 階受付 平日 8:30～17:00 土日祝・夏季休暇・年末年始は除く)

② 銀行振込

(振込手数料は、利用者様負担となります)

※領収書の再発行はできませんので大切に保管してください。

11. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、特段の事情がな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。食費は保険給付以外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は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、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・飲酒、喫煙は厳禁とします。
- ・火気の取り扱いは厳禁とします。
- ・設備、備品の利用は施設の規則に従ってください。

- ・所持品、備品等の持ち込は、できるだけご遠慮願います。
- ・金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。また、携帯電話のご使用は他の利用者へのご迷惑にならないようにご配慮ください。なお、お持ち込みいただいたものについての紛失・盗難、破損等の責任は負いかねますのでご了承ください。
- ・宗教活動は一切禁止します。
- ・ペットの持ち込みはご遠慮願います。

1 2. 要望及び苦情等の相談

- 苦情受付担当者（窓口） 支援相談員 竹森 亜矢子・石塚 華織・三森 久朗
看護師長 今村 瞳子
- 電話 0436（66）8867
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00
（祝祭日は除く）

<その他の相談窓口>

- 各市町村介護保険担当課

市 原 市：高齢者支援課 〒290-8501 市原市国分寺台中央1-1-1 市役所2階
電話 0436-23-9873

袖ヶ浦市：高齢者支援課 〒299-0292 袖ヶ浦市坂戸市場1-1
電話 0438-62-3206

- 千葉県国民健康保険団体連合会

〒263-8566 千葉市稲毛区天台6-4-3 電話 043-254-7428

※要望や苦情などは、苦情受付担当者にお寄せいただければ速やかに対応いたしますが、4階に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

1 3. 身体拘束等について

- （1）当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- （2）当施設は身体拘束等の適正化を図るため、次の各号にあげる措置を講じます。
 - ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その内容について職員に周知を図るものとする身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。
 - ② 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - ③ 身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施します。
- （3）当施設は、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者または家族等に対し、事前に身体拘束の根拠、内容、見込まれる期間について説明し、同意を得ます。

(4) 当施設は利用者に対し身体拘束を行う場合には介護サービス記録に記載します。

1 4. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるとともに、当該措置を実施いたします。

- ① 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の定期的な開催と、その結果の職員への周知徹底。
- ② 虐待を防止するための指針の整備。
- ③ 職員に対する虐待を防止するための定期的な研修（年2回以上）の実施。

1 5. 損害賠償について

当施設は、施設サービスの提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者の損害を賠償します。但し当施設に故意・過失がない場合にはこの限りではありません。

但しその損害の発生については、利用者が故意又は過失が認められる場合には、損害賠償は軽減されます。

1 6. 感染症対策及び非常災害時の対策について

感染症や災害が発生した場合の業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施訓練の実施を行います。

- (1) 消防設備、消火器、消火栓、防火扉等を設置しています。
- (2) 当施設に災害に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。
- (3) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- (4) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む）を行います。
 - ① 消火・避難訓練は年2回以上（うち1回は夜間想定訓練）実施
 - ② 業務継続計画（BCP）訓練は年2回以上実施

1 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、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。

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 住 所 千葉県市原市椎津2545-1
名 称 医療法人社団健老会 介護医療院 姉ヶ崎ケアセンター

説明年月日 2026年 月 日 説明者 印

私は、本書面により事業者から「重要事項」の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書
の交付を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

私は、利用者が通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスについて、
本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、内容について同意したことを確認しましたので、
その署名を代行します。

署名代行者（家族・身元引受人又は成年後見人等）

私は利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

【別添資料】個人情報の利用目的

介護医療院 姉ヶ崎ケアセンターでは、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】

〔介護医療院内部での利用目的〕

- ・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

個人情報利用同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報について「医療法人社団健老会 介護医療院 姉ヶ崎ケアセンターにおける個人情報の利用目的」に記載するところにより利用することに同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____

署名代行者（家族・身元引受人又は成年後見人等）

私は利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

※下記のいずれかに○をつけてください。

医療法人社団健老会の機関誌【すこやか】への画像及びコメント等掲載について
(法人のホームページ等に掲載することもあります)

可 ・ 不可