

デイケアセンターまごころ重要事項説明書

＜令和8年6月1日現在＞

1 通所リハビリテーション事業者の概要

名称・法人種別	医療法人知真会
代表者名	理事長 大島佳宣
所在地・連絡先	岐阜県多治見市太平町3丁目16番地 (電話) 0572-21-2280 (FAX) 0572-21-2281

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	医療法人知真会 デイケアセンターまごころ
所在地・連絡先	千葉県木更津市請西1丁目18番22号 (電話) 0438-30-7765 (FAX) 0438-30-7766
事業所番号	1211011956
管理者の氏名	西 晴子
利用定員	30名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		常勤換算後	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1	0	1.0	施設の管理
医師	1	1	0	1.0	利用者の健康管理
理学療法士	5	3	2	5.5	利用者の理学療法
作業療法士	1	1	0	1.0	利用者の作業療法
看護師	1	1	0	1.0	利用者の健康管理
介護職員	8	4	4	6.0	利用者の身体介護
事務職員等 兼介護職員	1	1	0	1.0	相談・請求事務等 利用者の身体介護補助

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤兼務で勤務	土・日・年末年始
医師	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤兼務で勤務	土・日・年末年始
理学療法士	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務	日・年末年始
看護師	正規の勤務時間帯 (9:00～16:00) 非常勤で勤務	日・年末年始
介護職員	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務	日・年末年始
事務職員等	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務	日・年末年始

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	木更津市、君津市、袖ヶ浦市
---------	---------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日・日以外の祝日	8:30～17:30
営業しない日	日・年末年始

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12:00～13:00 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。 食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。 機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。

排 泄	利用者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。
機能訓練	理学療法、個別リハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 3 台、車いす 5 台、平行棒 2 台、起立傾斜台 1 台 パワーリハビリ機器 4 台、自転車エルゴメータ 1 台 等
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割ないし 2 割ないし 3 割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】

(単位/回)

種 類	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 時間以上 2 時間未満	369	398	429	458	491
2 時間以上 3 時間未満	383	439	498	555	612
3 時間以上 4 時間未満	486	565	643	743	842
4 時間以上 5 時間未満	553	642	730	844	957
5 時間以上 6 時間未満	622	738	852	987	1, 120
6 時間以上 7 時間未満	715	850	981	1, 137	1, 290
7 時間以上 8 時間未満	762	903	1046	1, 215	1, 379
要支援 1	2, 268 単位/月		要支援 2	4, 228 単位/月	

<加算>

種 類	利用料	備 考
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日	入浴をした場合
リハビリテーションマネジメント加算 21	593 単位/月	同意日の属する月から 6 月以内
リハビリテーションマネジメント加算 22	273 単位/月	同意日の属する月から 6 月超
短期集中リハビリテーション実施加算	110 単位/日	退所・退院・新たに要介護認定を受けた日から 3 月以内
理学療法士等体制強化加算	30 単位/日	理学療法士を 2 名以上配置(短時間)
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	40～65 歳の若年性認知症の方が対象
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	利用者様の心身の状況など情報提出
退院時共同指導加算	600 単位/回	退院時カンファレンスへの参加（退院時 1 回）
高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型	減算対象なし
業務継続計画策定実施の有無	基準型	減算対象なし
リハビリテーション提供体制加算	12 単位/日 16 単位/日 20 単位/日 24 単位/日 28 単位/日	3 時間以上 4 時間未満の場合 4 時間以上 5 時間未満の場合 5 時間以上 6 時間未満の場合 6 時間以上 7 時間未満の場合 7 時間以上 8 時間未満の場合
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ2）	所定単位×108/1000 円/月	

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料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。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ 事業の実施地域以外の送迎費

2 - (4) の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

2 - (4) の事業の実施地域にお住まいの方は3 - (1) -イの【料金表】をご覧ください。

○ お試し利用体験

介護認定で要支援・要介護の認定受けられた方、介護認定申請中の方、もしくは受けようとしている方に対し、お試し利用体験を実施します。お試し体験をしていただく事により、雰囲気をご確認下さい。昼食（おやつ込み）費として680円をお客様に負担して頂きます。

○ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の30%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の100%

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、27日までに引落口座の残高確認をお願いいたします。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人知真会が開設する木更津内科クリニックが行う指定介護通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを提供することを目

的とする。

(2) 運営方針

指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

2 指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要支援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、理学療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

3 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	採用時研修を採用後6カ月以内、継続研修を年1回行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 浜田 誠一郎 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 (0438)30-7765 面接 当事業所相談室 苦情箱 カウンターに設置
-------------	--

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに併設の提供医療機関、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

提携医療機関	病院名 及び 所在地	〒292-0801 千葉県木更津市請西1丁目18番22号 (医)知真会 木更津内科クリニック
	医師名	西 晴子
	電話番号	TEL : 0438-30-0165 FAX : 0438-30-0166
	緊急搬送時希望病院	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり		
	誘導灯	あり		
	防火扉・シャッター			
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：令和2年8月4日 防火管理者：浜田 誠一郎 防火担当責任者：浜田 誠一郎			

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

西暦 年 月 日

事業者 住 所 岐阜県多治見市太平町3丁目16番地
事業者(法人)名 医療法人 知真会
施 設 名 デイケアセンターまごころ
(事業所番号)
代 表 者 名 理事長 大島 佳宣 印

説明者 職 名
氏 名 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

西暦 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