

重 要 事 項 説 明 書

(通所リハビリテーション利用契約書)

【令和 8 年 9 月 1 日現在】

施設サービス提供開始にあたり、厚生省令第 40 号第 5 条に基づいて、当事業者が貴殿に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業所の概要

事業者の名称	社会福祉法人西日本至福会
法人所在地	福岡県北九州市八幡西区塔野三丁目 16 番 1 号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 冷牟田 洋一
電話番号	093-612-5210

2 ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設千寿中間
施設の所在地	福岡県中間市通谷一丁目 36 番 6 号
管理者名	管理者（医師） 小田原 満
施設長名	施設長 園田 孝
事業書番号	4056280078
電話番号	093-243-1200
ファクシミリ番号	093-243-1201

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		福岡県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	令和 2 年 4 月 1 日	4056280078	100 人
居宅	通所リハビリテーション	令和 3 年 4 月 1 日	4056280078	5 人
	短期入所療養介護	令和 2 年 4 月 1 日	4056280078	空床利用

4 事業の目的と運営の方針

(1) 目的

介護老人保健施設通所リハビリテーションは、看護、医学的管理下での看護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、家庭での生活が継続できるように支援すること、また在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

(2) 施設運営の方針

利用者が、ご自身の能力に応じた日常生活を楽しく営み、また積極的にリハビリテーション行い、1 日でも長く居宅において生活ができるように身体機能の維持を目指して、サービスにあたります。

利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づき社会福祉法人西日本至福会の定めた基本方針、管理規定により対応します。

個人情報保護に関する基本方針（プライバシー・ポリシー） 別紙 1

5 施設の概要

介護老人保健施設千寿中間

敷 地	3, 3 4 7. 0 0 m ²
建 物 構 造	鉄筋コンクリート造 4 階建（耐火建築）
延べ床面積	4, 7 4 5. 9 5 m ²

主な設備（通所リハビリテーション）

設備の種類	階	面積
食 堂	2 階	41. 57 m ²
デイルーム	2 階	40. 86 m ²
機能訓練室	2 階	37. 85 m ²

6 営業日・営業時間

営業日	毎週火曜日、金曜日 ※年末年始（12／29～1／3）はお休み。
営業時間	午前 9 時 3 0 分～午前 1 1 時 3 0 分

7 職員体制（主たる職員）

	常 勤	
管理者（医師）	1（1）	利用者の健康管理
介護員	1（1）	利用者の介護・介助
理学療法士等	1（1）	利用者の機能回復訓練

*（ ）内は兼務

8 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
医 師	8：30～17：30まで、勤務します。
介護職員	9：00～12：30
理学療法士等	9：30～11：30までサービス提供時間

（注）上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

9 施設サービスの概要

（1）介護施設サービスの内容

種 類	内 容
送迎	・送迎実施可能な地域は、中間市及び北九州市八幡西区、水巻町地域です。原則として、片道 30 分以内であれば送迎可能です。

医療・看護	・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 （当施設の医師）氏名：小田原 満
機能訓練	・機能訓練は、理学療法士、作業療法士による利用者の状況に適合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。 ・当施設の保有するリハビリ器具 - 平行棒 - 昇降練習用階段 - 交互滑車運動器 - 肋木 - マット - プラットホーム
相談及び援助	・当施設は、利用者及びそのご家族からの相談については誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）支援相談員 北田 清美、小畑 賢太郎 ・相談援助サービス

10 通所リハビリテーション利用料金

利用者は、介護保険で給付されるサービス費及び加算額の1割と利用料（保険給付外）を負担します。なお、一定以上の所得がある方は2割負担もしくは3割負担となります。サービス費は、要介護認定された区分によって異なります。

〈お支払いの方法〉

お支払いは、「ゆうちょ銀行」の口座より口座振替にてお支払いいただきます。お支払い口座は、所定の書類にてお申込みいただきます。

毎月10日頃に前月の利用者負担額の請求書を代理人又は、連帯保証人様へ郵送にてお送りします。毎月20日もしくは28日にご指定の口座から口座振替でお支払いいただきます。なお、口座振替は20日が土日祝にあたる場合は翌営業日になります。

※1 ご利用者様名義のゆうちょ口座をお持ちでない場合は、ご家族様名義のゆうちょ口座でお申し込みできます。

2 ゆうちょ口座をお持ちでない場合は、以下のいずれかの方法でお願いいたします。

① 新規で口座を開設する。

② ゆうちょ銀行で利用できる振込用紙を使用する。この場合は請求書に同封いたしますので20日までお振込みください。なお現金で振込まれる場合は、振込手数料がかかる場合がございます。

3 ゆうちょ銀行以外の銀行からお振込みの場合は、振込手数料はご入所者様負担になります。

上記の方法に支障がある場合は、支援相談課にご相談ください。

○介護保険給付に伴う利用料

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	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 日当たり の料金	369 円	398 円	429 円	458 円	491 円

利用料に係る介護保険給付加算	加算額	内 容
入浴介助加算（Ⅰ）	40円／回	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。
リハビリテーションマネジメント加算 （A）イ	560円／月	リハビリテーション計画書を利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
	240円／月	当該日の属する月から起算して6ヶ月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合
リハビリテーションマネジメント加算 （A）ロ	593円／月	当該日に属する月から起算して6ヶ月を以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
	273円／月	6ヶ月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合
	543円／月	当該日の属する月から起算して6ヶ月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円／日	退院（所）した日又は認定日から起算して3ヶ月以内 個別にリハビリテーションを実施し、通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（A）又は（B）を算定していること。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 （Ⅰ）	240円／日	退院（所）した日又は認定日から起算して3ヶ月以内認知症高齢者に対して、1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（A）又は（B）を算定していること。
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	退院（所）した日の翌日の属する月又は開始月から起算して3ヶ月以内 1ヶ月に4回以上リハビリテーションを実施すること。 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（B）を算定していること。
中重度者ケア体制加算	20円／日	中重度要介護者を受け入れ、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上配置している場合
若年性認知症受入加算	60円／日	脊髄性小脳変性症による若年性認知症の利用者が利用した場合
栄養改善加算	200円／回	栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める
栄養アセスメント加算	50円／月	管理栄養士、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栄養アセスメントを実施し、当該利用者又は家族に対してその結果を説明し相談等に必要に応じて対応すること

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円／回	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、担当する介護支援専門員に提供していること
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円／回	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること
口腔機能向上加算（Ⅰ）		150円／回	利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語療法士、歯科衛生士、看護職員、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を作成していること ※3月以内の期間に限り1ヶ月に2回を限度として算定可
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160円／回	口腔機能向上加算に（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働大省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあ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 3ヶ月以内、1ヶ月2回を限度
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250円／月	開始月から起算して1ヶ月以内の期間に行われた場合
科学的介護推進体制加算		40円／月	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3ヶ月に1回見直し厚生労働省に提出していること。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要介護 1～5	22円／回	① 介護福祉士70%以上 ② 勤続10年以上介護福祉士25%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要介護 1～5	18円／回	① 介護福祉士50%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要介護 1～5	6円／回	① 介護福祉士40%以上 ② 勤続7年以上30%以上

* 上記加算の他に一定率で加算される介護職員等処遇改善加算があります。

* 上記の金額は、介護保険負担割合が1割の場合。なお、一定以上の所得者は2割、3割負担となります

(3) 法定給付外サービスに伴う利用料

・ オムツ代 実費

1 1 苦情・相談等申出窓口

ご相談窓口	苦情解決責任者 施設長 園田 孝 窓口担当者 支援相談員 北田 清美、小畑 賢太郎 ・ご利用時間 月曜日～土曜日 午前9時～午後5時 ・ご利用方法 電話番号 093-243-1200 ・口頭・文書にてお申出ください。 ・意見箱を1階、3階、4階に設置しております。
第三者委員	あんとか たもつ 安徳 保 中間市通谷一丁目36番10号 なかがき よしこ 中垣 美子 中間市通谷五丁目6番7号 電話番号 093-245-3007
苦情の受付と解決方法について	(1) 苦情相談の受付 苦情相談は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。 なお、第三者委員に直接苦情相談を申し出ることができます。 (2) 苦情相談受付の報告・確認 苦情受付担当者が受け付けた苦情相談を、苦情解決責任者と第三者委員（苦情相談申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情相談申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。 (3) 苦情相談解決のための話し合い 苦情解決責任者は、苦情相談申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。 その際、苦情相談申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。 なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。 ア. 第三者委員による苦情相談内容の確認 イ. 第三者委員による解決案の調整、助言 ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認
その他苦情申出受付機関	①福岡県社会福祉協議会内運営適正化委員会 所在地 ☎816-0804 福岡県春日市原町三丁目1番地7（クローバープラザ内） 電話 092-915-3511 ファックス 092-584-3790 ②福岡県国民健康保険団体連合会介護サービス相談係 所在地 ☎812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話 092-642-7859 ファックス 092-642-7856 ③中間市介護保険課給付係 所在地 ☎809-8501

	中間市中間一丁目1番1号 電 話 093-246-6283 ファックス 093-244-0579 ④福岡県介護保険広域連合 遠賀支部 所 在 地 ☎811-4303 遠賀郡遠賀町大字今古賀513 電 話 093-291-5266 ファックス 093-291-5281 ⑤八幡西区役所保健福祉課介護保険 所 在 地 ☎806-0021 北九州市八幡西区黒崎三丁目15-3 電 話 093-642-1446 ファックス 093-642-2941
--	---

第三者評価実施状況 未実施

12 契約の解除

以下の事由が生じたときは、当事業者は本契約に基づく入所利用を解除することができます。

- (1) 入所者又はこれらの者の親族、連帯保証人その他の関係者（以下「入所者等」といいます。）が、本契約に定める利用料金を3か月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合
- (2) 入所者等が、本事業者、本事業者の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- (3) 天災、災害、施設設備の故障その他やむを得ない理由により、本事業者の施設を利用させることができない場合
- (4) 入所者等が当施設又は職員に対し、以下のいずれかに該当するカスタマーハラスメント行為等を行い、本契約を継続し難い重大な事情が生じたとき。
 - (ア) 暴言、暴力、威圧的な言動、脅迫、強要、過剰な要求等のハラスメント行為
 - (イ) 身体的・精神的な攻撃、不適切な性的行動、プライバシーを侵害する行為
 - (ウ) SNS やインターネット上の誹謗中傷、事実に基づかない情報の公開、事業者の信用を著しく損なう行為

13 虐待防止受付窓口

社会福祉法人西日本至福会介護老人保健施設千寿中間虐待防止対応規程により、本事業所では利用者からの虐待通報に適切に対応する体制を整えることといたしました。

本事業における虐待防止対応責任者、虐待防止受付担当者及び第三者委員を下記のとおり設置し、虐待の防止に努めることといたしましたので、お知らせいたします。

記

虐待防止対応責任者	園田 孝	千寿中間 施設長
虐待防止受付担当者	北田 清美	千寿中間 支援相談課長

虐待防止の解決方法

1) 虐待通報の受付

虐待の通報は、面接、電話、書面などにより虐待防止受付担当者が随時受け付けます。また、直接虐待通報を申し出ることもできます。

2) 虐待防止受付の報告・確認

虐待防止受付担当者が受け付けた虐待通報を虐待防止対応責任者と第三者委員に（虐待通報者が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。第三者委員は、内容を確認し虐待通報者に対して、報告を受けた旨を通知します。

3) 虐待防止解決のための対応

虐待防止対応責任者は、虐待通報者と誠意をもって対応し、解決に努めます。その際、虐待通報者、第三者委員の立会いによる相互協議は、次により行います。

ア 第三者委員による虐待内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 相互協議の結果や改善事項等の確認

4) 連絡先

ア 福岡県運営適正化委員会：TEL 092-915-3511

イ 中間市役所介護保険課給付係：TEL 093-246-6283

ウ 八幡西区役所保健福祉課介護保険：TEL 093-642-1446

1.4 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人秋桜会なかま病院（旧新中間病院）	
院 長	矢毛石 陽一	
所在地	中間市通谷一丁目３６番７号	
電話番号	０９３－２４５－３１００	
診療科	内科、外科、整形外科、肛門科、胃腸科、皮膚科、 人工透析内科、リハビリテーション科	
入院設備	ベッド数１４５床	
救急指定の有無	無	

医療機関の名称	医療法人義翔会小嶺江藤病院		
理事長	江藤 義典	院長	江藤 義典
所在地	北九州市八幡西区小嶺三丁目19番1号		
電話番号	093-611-0456		
診療科	精神科		
入院設備	認知症治療病棟 55床		

	精神科一般棟 120床 急性期病棟 32床
救急指定の有無	無

1.5 協力歯科医療機関

名称	医療法人宝歯会かじわら歯科
理事長	梶原 浩喜
所在地	北九州市若松区下原町1番1号
電話番号	093-771-8604

名称	宮口歯科医院
院長	宮口 英也
所在地	中間市通谷一丁目36番2号
電話番号	093-243-5055

1.6 事故発生時の対応

事故発生時	事故(医療機関への受診を要する状況時)発生した場合、速やかに市町村、ご家族に連絡を行います。 なお、市町村とは保険者(北九州市、中間市、広域連合他)です。
事故の調査および説明	事故発生に至った原因等調査をはじめ、記録整備を図り、その説明を行うとともに事故再発防止に努めます。

1.7 損害賠償責任保険

保険会社	全国老人保健施設共済会
保険内容	万一、火災その他、施設設備の不備等から生じた死亡事故、けが等に対応します。

1.8 緊急やむを得ない場合の身体拘束の対応

身体拘束の対応	緊急やむを得ない場合、身体拘束を行う際は、時間、様態、利用者の心身の状況、理由の記録を整備します。 また、代理人様、連帯保証人様へ経緯を説明いたします。
---------	---

1.9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「千寿中間 消防計画」に基づく対応を行います。		
平常時の訓練等防災設備	別途定める「千寿中間 消防計画」に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、ご利用者も参加して実施します。		
	設備名称	個数等	設備名称 個所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター 9個所

	非難階段	2 個所	補助散水栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	各所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のものを使用しています。			
消防計画等	消防署届日：令和 7 年 4 月 1 日 防火管理者：小畑 賢太郎			

20 当施設ご利用の際に留意いただく事項

他科受診	サービス提供時間中は、他の医療機関に受診できません。 ご家族が、ご利用者の件で他医療機関を受診し、投薬を受けることはできません。 事前に施設にご相談ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	敷地内全面禁煙です。飲酒はできません
所持品の管理	所持品、備品等の持ち込みについては、各自責任をもって管理を行ってください。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

令和____年____月____日

通所リハビリテーションサービス開始にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

〈事業者〉

所在地 福岡県北九州市八幡西区塔野三丁目16番1号

事業者名 社会福祉法人西日本至福会

代表者 理事長 冷牟田洋一 印

〈説明者〉

所属 介護老人保健施設千寿中間

氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から施設入所サービスについて重要な事項の説明を受けました。

〈利用者〉

住所

氏名 印

〈代理人〉

住所

氏名 印

続柄

〈連帯保証人〉

住所

氏名 印

続柄

