

重要事項説明書 1

介護老人保健施設サンシルバー市川のご案内

(2026年10月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 サンシルバー市川
- ・開設年月日 平成17年4月11日
- ・所在地 千葉県市川市北方町4丁目1460
- ・電話番号 047-303-5533 (代表)
- ・ファックス番号 047-303-5535
- ・管理者名 理事長 作田暢子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1252780070)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーションで、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所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、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

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、ご理解いただいた上でご利用ください。

「超高齢化社会を迎えるなかで、サンシルバー市川は一人でも多くの要介護者の方が安心と充実の中で日々の生活を送れますことを念願し、利他の精神をもって、共存共栄の健康生活を育む事を理念とする医療法人静和会によって運営されています。職員一同はやさしい心とていねいな言葉、ご利用者様の人間性を尊重しきめ細かなお世話をモットーに、施設サービスに努めます。」

(3) 居室概要

居室 ・ 設備	室 数	備 考
個室 (ユニット式) 1階	30	トイレ・洗面所・テレビ・床頭台・チェスト
2人部屋 2階 (9室) 3階 (9室)	18	洗面所・床頭台・チェスト
4人部屋 2階 (8室) 3階 (8室)	16	床頭台・チェスト

その他、上記を含め指定基準を遵守し、設置が義務づけられている設備を備えています。

居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を検討します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

(4) 入所定員等 定員 130名 通所定員 30名

(5) (施設の職員体制、及び職務の内容)

職種	介護保健施設サービス 短期入所療養介護		通所リハビリテーション		職務	備考 (兼務等の状況)
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
管理者 (施設長)	1人				施設、職員及び 業務の管理	医師
医師	1人	0.3人以上			利用者の健康管理	
薬剤師		0.6人			薬の調剤	
看護職員	10人以上	4人以上		1人	利用者の看護	
介護職員	31人以上	11人以上	1人以上	4人以上	利用者の介護	
支援相談員	3人	1人			利用者家族の相談援助	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	3人以上	0.4人以上			機能回復訓練の実施	兼務あり
管理栄養士	1人以上				利用者の栄養管理	
介護支援専門員	2人				ケアプランの策定	
調理員	7人	4.6人			入所者の食事管理	
事務職員	5人	0.5人			事務全般	
その他職員	1人	5.3人			営繕・運転・清掃	
合計	72.0人	36.1人	1.0人	7.6人		

※ 非常勤の員数は、常勤換算後の員数になっています。

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 昼食 12時～13時
- ③ 入浴 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する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 栄養管理等（昼食のみ）
- ⑨ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、身元引受人様またはそのご家族様のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑩ その他
 - * これらのサービスのなかには、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ので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

【協力医療機関】

・名 称	大野中央病院	住 所	市川市下貝塚 3－20－3
・名 称	一条会病院	住 所	市川市北国分 4－26－1
・名 称	板倉病院	住 所	船橋市本町 2－10－1

4. 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召し上がっていただきます。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、喫煙は原則として禁止です。
- ・ 火気の取扱いは禁止です。
- ・ 設備・備品の利用で利用者の責任によって破損等があった場合には、原状回復または弁償していただきます。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは利用者の責任で管理してください。
- ・ 金銭・貴重品の管理は利用者の責任です。万一紛失・破損等の場合、施設は責任をおいかねますのでご了承ください。
- ・ ペットの持ち込みはできません。
- ・ 緊急の場合には緊急時の連絡先に連絡します。

5. 非常災害対策

- ・ 非常災害に関する具体的計画を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施。
- ・ 防災訓練は年2回以上実施、内1回は夜間を想定した訓練を実施。
- ・ 防災設備：スプリンクラーは各室。消火器、消火栓、防排煙設備等は各階に備え付けてあります。

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用いただくために、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。

7. 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支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（施設電話 047-303-5533）

要望や苦情などは、支援相談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、「ご意見箱」をご利用いただき、管理者にお申し出いただくこともできます

相談・苦情受付窓口連絡先

市川市役所介護保険課 TEL 047-334-1111（代）

千葉県国保連合会 TEL 043-254-7409

8. 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ありますので、ご請求ください。

重要事項説明書 2

通所リハビリテーションについて

(2026年10月1日現在)

1. 介護保険証の確認

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については、要介護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介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学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お世話を行い、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、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専門職ら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が作成されますが、その際、利用者・身元引受人（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

介護保険のサービスを利用した場合は原則としてサービス費用の1割または2割、3割を利用者が負担して、残りの9割または8割、7割は介護保険から給付されます。介護保険負担割合証の提示が必要です。

(1) 基本料金

- 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金が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。送迎は含まれます。）

[6時間以上7時間未満]

		【1割負担】	【2割負担】	【3割負担】
・要介護1	(715単位)	755円	1,509円	2,263円
・要介護2	(850単位)	897円	1,794円	2,691円
・要介護3	(981単位)	1,035円	2,070円	3,105円
・要介護4	(1137単位)	1,200円	2,399円	3,599円
・要介護5	(1290単位)	1,361円	2,722円	4,083円

(2) 各種加算

		【1 割負担】	【2 割負担】	【3 割負担】
① 入浴介助加算Ⅰ	40 単位/日	43 円	85 円	127 円
② 入浴介助加算Ⅱ	60 単位/日	64 円	127 円	190 円
※ 通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。				
③ リハビリテーションマネジメント加算 11	591 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月以内) 560 単位/月		1,182 円	1,773 円
④ リハビリテーションマネジメント加算 12	254 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月超) 240 単位/月		507 円	760 円
⑤ リハビリテーションマネジメント加算 21	626 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月以内) 593 単位/月		1,252 円	1,877 円
⑥ リハビリテーションマネジメント加算 22	288 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月超) 273 単位/月		576 円	864 円
⑦ リハビリテーションマネジメント加算 31	837 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月以内) 793 単位/月		1,674 円	2,510 円
⑧ リハビリテーションマネジメント加算 32	499 円 (同意日の属する月から 6 ヶ月超) 473 単位/月		998 円	1,497 円
⑨ リハビリテーションマネジメント加算 4	285 円 事業所の医師が利用者様・ご家族様に説明・同意を得た場合 270 単位/月		570 円	855 円
⑩ 短期集中個別リハビリ加算	116 円 (退院日又は認定日から 3 ヶ月以内) 110 単位/日		232 円	348 円
⑪ 重度療養管理加算	100 単位/日	106 円	211 円	317 円
⑫ 科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円	85 円	127 円
⑬ 中重度者ケア体制加算	20 単位/日	22 円	43 円	64 円
⑭ 通所リハ提供体制加算 4	24 単位/回	26 円	51 円	76 円
⑮ 通所リハ送迎減算	-47 単位/片道	-50 円	-99 円	-149 円
⑯ 退院時共同指導加算	600 単位/回	633 円	1,266 円	1,899 円
～区分支給限度基準外費用～				
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/回	19 円	38 円	57 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (1 ヶ月あたり)			所定単位数×11.1%	

(3) その他の料金

- ① 食 費 (昼食) 740 円
- ② 日用品 (1日あたり) 150 円
(入浴用シャンプー・石鹸・トイレットペーパー・ペーパータオル・うがい薬等)
- ③ 教養娯楽費 (1日あたり) 150 円 (趣味活動、行事等における材料費)
- ④ リハビリパンツ・パット (1枚あたり) 実 費

(4) 支払い方法

- ・お支払い方法 : 口座自動引き落とし (引き落とし手数料 99 円 / 1 回)
- ・引き落とし日 : ご利用月の翌月 27 日 (金融機関休日の場合は翌営業日)
- ・引き落としは月 1 回のみです。引き落としがされなかった場合は、後日施設よりご連絡します。1 週間以内に当施設指定の銀行口座へお振込み下さい。(お振込み手数料は自己負担。)
- ・施設窓口での現金入金を受け付けられません。
- ・領収書は次月の請求書と同封し郵送させていただきます。(毎月 15 日までに、前月ご利用分の請求書を送付します。)

4. 服薬について

服用中のお薬はお持ちいただくことになります。

(内服薬の変更があった場合は薬剤情報 {お薬手帳} を連絡帳袋に入れて頂くようお願い致します。)

5. 施設への連絡について

施設に、ご連絡の際は「デイケア利用の〇〇です。」と伝達頂きますようお願いいたします。

ご利用を休まれる場合は、ご利用日の前日まで (10:00~16:00) にご連絡下さい。尚、ご利用当日になって、体調が優れないなど、やむを得ない事情により休まれる場合は、朝の 8:45~8:55 の時間内にご連絡下さい。

(※時間厳守にてお願い致します。)

重要事項説明書 3

個人情報の利用目的

介護老人保健施設サンシルバー市川では、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る。

【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)、照会への回答
 - ― 利用者への診療等にあたり、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
 - ― 家族への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - ― 審査支払機関への保険請求
 - ― 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
 - ― レクリエーション活動等作品展示の名札、写真掲示

[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

本書面（重要事項説明書 １・２・３）の内容を証するため、本書２通を作成し、身元引受人、当施設が記名捺印のうえ各１通を保有するものとします。

年 月 日

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書（１・２・３）の説明を行いました。

介護老人保健施設サンシルバー市川 支援相談員 _____ 印

私は、本書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け、指定通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印