

# 介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

〈令和7年4月1日現在〉

## 1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0984-25-7373

\*ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

## 2. 事業の目的

- (1) 医療法人友愛会が開設する、介護予防通所リハビリテーション事業所（以下「事業所」という）が行う介護予防通所リハビリテーションの事業（以下「事業」という）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、事業所の理学療法士、看護職員、介護職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な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。

## 3. 運営の方針

- (1) 事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう介護予防通所リハビリテーションを提供する。
- (2) 事業の実施に当たっては、指定居宅介護支援事業所、関係市町村、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。

## 4. 介護予防通所リハビリテーション施設の概要

### (1) 提供できるサービスの種類

施設名称	医療法人 友愛会 野尻中央病院 (デイケア ふれあい)
所在地	宮崎県小林市野尻町東麓 1207-2
介護保険指定番号	通所リハビリテーション 4510510946
サービス提供地域	小林市、高原町、都城市

### (2) 同施設の職員体制

	資格	人員配置要件
管理者	医師	専任常勤医師1名
医師	医師	専任常勤医師1名
リハビリ 専門職員	理学療法士	1. 単位ごとの利用者の数が10人以下の場合 サービス提供時間を通じて専らサービス提供に 当たる従事者の数が、1以上
	作業療法士	
	言語聴覚士	
看護職員	看護師	2. 単位ごとの利用者の数が10人以上の場合 サービス提供時間を通じて専らサービス提供に 当たる従事者の数が、利用者の数を10で除した数 以上
	准看護師	
介護職員	介護福祉士	
	介護職	

(3) 同施設の設備の概要

定員	80名		
専用部屋等の面積	317.6㎡		
浴室	一般浴槽 / 介助浴槽	送迎車	8台

(4) 営業時間

月曜日～土曜日	8:00～17:00 (サービス提供時間 9:00～16:00)
定休日	日曜日 (年末年始を含む)

\*緊急連絡電話 0984-25-7373

## 5. 従業者の職務内容

介護予防通所リハビリテーション施設職員の職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者は、介護予防通所リハビリテーションに携わる従業者の総括管理、指導を行う。
- (2) 医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- (3) 看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。
- (4) 介護職員は、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
- (5) 理学療法士、介護予防通所リハビリテーション利用者のリハビリテーションプログラムを作成するとともに、介護予防通所リハビリテーション利用者に対し、利用者の自宅に赴き、介護予防通所リハビリテーション計画・変更を行うほか、機能訓練の実施に際し指導を行う。

## 6. サービス内容

- ① 通所リハビリテーションサービス計画の立案
- ② 食事・行事食の提供 (敬老会など)
- ③ 入浴
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 医学的管理の下での介護
- ⑥ 機能訓練 (リハビリテーション)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 送迎サービス

## 7. 施設の利用に当たっての留意事項

介護予防通所リハビリテーション利用に当たっての留意事項を以下のとおりとする。

- (1) 飲酒は禁止・喫煙は所定の場所を利用するものとする。
- (2) 火気の取扱いは、禁止する。
- (3) 設備・備品の利用は、職員に申し出るものとする。
- (4) 所持品・備品等の持ち込みは、職員に申し出るものとする。
- (5) 金銭・貴重品の管理は、自己管理とする。  
また、金銭・貴重品の受け渡し、貸し借りは禁止とする。
- (6) 宗教活動は、禁止する。
- (7) ペットの持ち込みは、禁止する。
- (8) 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止する。
- (9) 他利用者への迷惑行為は禁止する。

(10) 食品などの持ち込みは禁止する。また他者への受け渡しも禁止する。

## 8. 利用料金

### (1) 利用料金

#### ①介護予防通所リハビリテーション利用料

基準額	本人負担額 (1割の場合)
要支援 1	2,268円/月
要支援 2	4,228円/月

\*介護予防リハビリの長期利用の適正化に伴い、利用開始月から12月超の利用の場合、下記の要件を満たす場合は減算対象となりません。

- ① 3ヶ月に1回以上、リハビリ会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、会議内容を記録するとともに、利用者の状態変化に応じリハビリテーション計画書を見直す。
- ② 利用ごとのリハビリ計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリの提供にあたり当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。  
満たさない場合は、1月あたり「要支援1：1,200円/月」「要支援2：2,400円/月」の金額が減算されます。

\*区分支給限度額を超える場合、又は自費利用をご希望の場合は、利用料金全額負担 (10割負担)となります。

#### ②追加料金

内容	本人負担額 (1割の場合)	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援 1	88円/月
	要支援 2	176円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用6ヶ月以内	562円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		総単位数×6.6%
退院時共同指導加算 (退院前カンファ参加)		600円/初回
科学的介護推進体制加算		40円/月

\*区分支給限度額を超える場合、又は自費利用をご希望の場合は、利用料金全額負担 (10割負担)となります。

#### ③その他、介護保険給付対象外追加料金

	本人負担額
昼食代	500円/日
おやつ代	100円/日
交通費	小林市・都城市・高原町以外 ※通常の実施区域を越えた地点から徴収 30円/1km (片道につき)

\*区分支給限度額を超える場合、又は自費利用をご希望の場合は、利用料金全額負担 (10割負担)となります。

### (2) 支払方法

#### ① 口座振替

毎月、15日までに前月のサービス利用分の請求書を配布し27日に(土日祝の場合は翌営業日)指定口座より振替を行います。口座振替確認後、領収書を発行、配布致します。  
※請求書及び領収書の再発行は致しませんので、しっかりと保管をお願いします

#### ② 窓口支払い

※上記の口座振替手続き関係上、手続きが完了するまでの間、窓口支払いになる場合があります。毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。尚、御家族が遠方の方等はお相談下さい。

## 9. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当施設職員がお伺いいたします。

介護予防通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結びサービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ①お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

#### ②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・予防給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と要介護と認定された場合

（※この場合、条件を変更して再度契約する事ができます。）

・お客様がお亡くなりになった場合

#### ④その他

・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 10. 緊急時の対応方法

\*風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

\*当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

\*ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

\*体調不良などでお休みをされる場合は前日の17:00又は当日8:00までには、当事業所へご連絡頂きますよう宜しくお願い致します。

## 11. 事故発生時の対応

(1) 利用者に対する介護予防通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故の状況及び事故に際して採った処置については事故報告書に記載します。

(3) 利用者に対する介護予防通所リハビリテーション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います。

## 12. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 …… 自然災害、火災、その他の防災対策については、計画的な防災訓練を行い職員がいかなる時も緊急時に対応出来るよう緊急連絡網等の整備を行っている。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努める。
- (2) 防災設備 …… 消火器、非常誘導灯 等
- (3) 防災訓練 …… 防災、通報、消火訓練（年2回実施）
- (4) 防火管理者 …… **山城 幸治**

## 13. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	原田 翔太
-------------	-------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 14. 身体拘束等の禁止

- (1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者もしくは他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わないものとします。
- (2) 事業所は、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。

## 15. 衛生管理等

- (1) 指定介護予防通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
    - ② 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 16. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 17. その他運営についての留意事項

### 秘密保持

- ・正当な理由がない限り、業務上知り得たご本人及びご家族の秘密は漏らしません。
- ・職員の退職後も順守します。
- ・サービス計画等で個人情報を用いる場合には、事前に同意を得てから行います。

## 18. ご利用の際の必要物品

- ・上履き ・タオル（2枚） ・バスタオル（1枚） ・歯ブラシ、コップ
- ・着替え一式 ・電気カミソリ ・オムツ(必要な方のみ)

※必要物品には必ず氏名を記入して下さい。

## 19. サービス内容に関する相談・苦情処理

- (1) 苦情相談窓口を設置し利用者、その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応いたします。
- (2) 苦情を受けた場合は、苦情の内容をクレーム報告書に記録いたします。
- (3) 提供した「サービス」に関し市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員から質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から助言を受けた場合においては、指導、助言にしたがい必要な改善を行います。
- (4) 市町村から求めがあった場合には、指導、助言の改善内容を市町村に報告いたします。
- (5) 国民健康保険団体連合会の指導、助言を受けた場合においても指導、助言に従い必要な改善を行います。
- (6) 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、指導、助言の内容を国民健康保険団体連合会に報告いたします。
- (7) 当施設ご利用者相談・苦情担当  
担当 野尻中央病院 地域医療連携室相談員  
電話 0984-44-1141

※その他のご相談・苦情窓口

各市町村	小林市	直通電話	0984-23-1140
	小林市野尻町	電話	0984-44-1100
	小林市須木村	電話	0984-48-3111
	高原町 (ほほえみ館)	直通電話	0984-42-2550
	都城市	直通電話	0986-23-2114
	都城市高崎町	電話	0986-36-8112
	宮崎県社会福祉協議会	電話	0985-22-3145
	宮崎県国民健康保険連合会	電話	0985-25-0260

## 20. 第三者による評価の実施状況等

1 あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1 あり      2 なし
② なし		

私は、介護予防通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	宮崎県小林市野尻町東麓 1207-2
	名称	医療法人友愛会 野尻中央病院
	所属	通所リハビリテーション施設 デイケア ふれあい
	代表者名	理事長 園田 定彦 印
	説明者	印

私は、本書面により事業者から介護予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供に同意します。

令和 年 月 日

(利用者) 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

本人との関係 ( )

署名代行の理由 ( )