通所リハビリテーション
重要事項説明書

〈令和８年 11 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、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．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	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 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
	作業療法士	
	言語聴覚士	
看護職員	看　護　師	
	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 ㎡（リハビリ訓練室 45.47 ㎡）		
浴　　室	一般浴槽 / 介助浴槽	送迎車	10 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

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、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、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、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、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

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 介護度別利用料金

通所リハビリテーション利用料（６時間以上７時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 (1 割の場合)
要介護度　1	７，１５０円	７１５円
要介護度　2	８，５００円	８５０円
要介護度　3	９，８１０円	９８１円
要介護度　4	１１，３７０円	１，１３７円
要介護度　5	１２，９００円	１，２９０円

通所リハビリテーション利用料（５時間以上６時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 (1 割の場合)
要介護度　1	６，２２０円	６２２円
要介護度　2	７，３８０円	７３８円
要介護度　3	８，５２０円	８５２円
要介護度　4	９，８７０円	９８７円
要介護度　5	１１，２００円	１，１２０円

通所リハビリテーション利用料（４時間以上５時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 (1 割の場合)
要介護度　1	５，５３０円	５５３円
要介護度　2	６，４２０円	６４２円
要介護度　3	７，３００円	７３０円
要介護度　4	８，４４０円	８４４円
要介護度　5	９，５７０円	９５７円

通所リハビリテーション利用料（３時間以上４時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 (1 割の場合)
要介護度　1	４，８６０円	４８６円
要介護度　2	５，６５０円	５６５円
要介護度　3	６，４３０円	６４３円
要介護度　4	７，４３０円	７４３円
要介護度　5	８，４２０円	８４２円

通所リハビリテーション利用料（２時間以上３時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 （1 割の場合）
要介護度　1	３，８３０円	３８３円
要介護度　2	４，３９０円	４３９円
要介護度　3	４，９８０円	４９８円
要介護度　4	５，５５０円	５５５円
要介護度　5	６，１２０円	６１２円

通所リハビリテーション利用料（１時間以上２時間未満：延人員数７５０人以内／月）

	基　準　額	本人負担額 （1 割の場合）
要介護度　1	３，６９０円	３６９円
要介護度　2	３，９８０円	３９８円
要介護度　3	４，２９０円	４２９円
要介護度　4	４，５８０円	４５８円
要介護度　5	４，９１０円	４９１円

＊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			２２円/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算		３ヶ月以内	１１０円/日
リハビリテーションマネジメント加算	イ	利用６ヶ月以内	５６０円/月
		利用６ヶ月以上	２４０円/月
	ロ	利用６ヶ月以内	５９３円/月
		利用６ヶ月以上	２７３円/月
	ハ	利用６ヶ月以内	７９３円/月
		利用６ヶ月以上	４７３円/月
医師が利用者又はその家族に説明した場合		（イ）（ロ）（ハ）に加えて	２７０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	１，２５０円/月
入浴介助加算	（Ⅰ）	４０円/日	
	（Ⅱ）	６０円/日	
リハビリテーション提供体制加算	６時間以上７時間未満	２４円/日	
	５時間以上６時間未満	２０円/日	
	４時間以上５時間未満	１６円/日	
	３時間以上４時間未満	１２円/日	
介護職員等処遇改善加算（ｉ）		総単位数×11.1%	
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減算料金

	減 算 基 準 額	本人負担額 （1 割の場合）
送迎減算（片道）	４７０円	４７円

＊ご自宅若しくは入居施設以外における送迎は全て減算対象となります。
＊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。

④その他、介護保険給付対象外追加料金

		本人負担額
昼食代		540 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/１㎞ （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

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

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ご相談下さい。

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。
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下さい。

（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

以下の場合は、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
・介護保険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）と要支援１・要支援２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。
＊自宅にて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に開催し、その結果について従業者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）従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者（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の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、従業者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。

③従業者に対し、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に実施します。

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）従業者に対し、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に実施します。

（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. ハラスメントについて

・ハラスメントの禁止と職員の安全確保

当事業所では、職員が安全かつ安心してサービスを提供できるよう、利用者および、
そのご家族等による以下のハラスメント行為を固く禁止いたします。

（１）身体的・精神的攻撃：暴行、傷害、暴言、脅迫、不当な威圧、誹謗中傷など

（２）セクシャルハラスメント：不必要な身体的接触、わいせつな発言や不快な言動、性的な要求

など

（3）カスタマーハラスメント：契約範囲を超える過剰な要求、合理性のない謝罪の要求、長時間の拘束や長時間の電話・対応の強制など

（4）プライバシーの侵害：職員のプライベートに対する過度な干渉、SNS 等への無断撮影・録音・写真や動画の無断投稿など

（5）その他、社会通念上許容される範囲を超えると事業所が判断した時。

・違反時の対応

（1） 上記に該当する行為が認められた場合、当事業所は行為者に対して口頭または文書にて改善を求めます。また必要に応じ、ご家族や担当 CM への報告・相談を行います。

（2） 改善が見られない場合、または悪質なハラスメントにより職員の安全や事業運営が著しく阻害されると判断した場合は、サービスの提供を一時停止、または利用契約を即時解除いたします。

（3） 悪質かつ犯罪性の高い行為と判断される場合は、警察等の関係機関や弁護士へ速やかに通報・相談いたします。

18. その他運営についての留意事項

（1）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。

19. 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。

20. 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

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

21. 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、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

説明者

私は、本書面により、事業者から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（　　）