(　　)通所リハビリテーション
(　　)介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書・契約書・送迎確認書

(　通所用・家族用　)　　(令和７年６月版)

この冊子の構成

１．リハビリテーションを提供する事業について

２．提供するサービスの利用料について

３．利用料金の負担額について

４．提供する食事料について

５．利用料その他の費用および請求方法について

６．理髪について

７．サービス利用にあたっての留意事項について

８．サービス内容について

９．秘密保持と個人情報保護の取扱いについて

１０．緊急時対応について

１１．災害時対応について

１２．身体拘束について

１３．虐待防止について

１４．ハラスメント防止対策について

１５．感染防止対策について

１６．苦情相談窓口

・通所リハ利用上のお願い(注意事項)

・利用時の準備品について

・同意書兼契約書

・送迎確認書

重要事項説明書（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。わからない事、わかりにくい事があれば、遠慮なくご質問して下さい。

この「重要事項説明書」は、指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）第８条の規定に基づき、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

１．通所リハビリテーションを提供する事業

事業者名称	医療法人社団　聖山会
代表者氏名	理事長　徳田　孝徳
所在地	宮崎県児湯郡川南町大字川南１８１５０番地４７
電話番号	０９８３－２７－４１１１

（１）事業の目的及び運営方針

目的	医療法人社団聖山会が開設する川南病院が行う通所・介護予防通所リハビリテーション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、事業所の医師及び理学療法士又は経験を有する看護師及び介護職員が利用者に対し適正な通所・介護予防通所リハビリテーションを提供する事を目的とする。
運営方針	１）事業所の医師及び理学療法士又は経験を有する看護師及び介護職員等は、要介護者等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事ができるよう、理学・作業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ものとする。 ２）事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

（２）サービス提供可能な日と時間帯

利用日	月曜日～土曜日(祝祭日含む)
休日	日曜日及び年末年始（１２／３１～１／３）
提供時間	８：５０～１６：００

（３）事業所の職員体制

事業所の管理者	医師(院長)　星野　誠一郎	
職種	職務内容	人員数
医師	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に自らも通所リハビリテーションの提供にあたるものとする。	2名以上
看護職員	健康管理等の看護業務や医師の指示による医療行為の業務を提供。	1名以上
介護職員	送迎及び食事、入浴等の生活介護の業務を提供。	10名以上
リハビリ職員	機能訓練や日常生活動作訓練等リハビリテーション業務を提供。	5名以上
事務職員	通所及び介護予防通所リハビリテーションに必要な事務業務に当る。	1名以上
管理栄養士	食事提供に必要な管理や栄養指導及びその事務的業務を提供。	1名以上

２．提供するサービスの利用料について　大規模型通所リハビリテーション　　基本料金

介護度/時間帯	１～２時間	２～３時間	３～４時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間
要支援１	2,268 単位/月						
要支援２	4,228 単位/月						
要介護１	357 単位	372 単位	470 単位	525 単位	584 単位	675 単位	714 単位
要介護２	388 単位	427 単位	547 単位	611 単位	692 単位	802 単位	847 単位
要介護３	415 単位	482 単位	623 単位	696 単位	800 単位	926 単位	983 単位
要介護４	445 単位	536 単位	719 単位	805 単位	929 単位	1,077 単位	1,140 単位
要介護５	475 単位	591 単位	816 単位	912 単位	1,053 単位	1,224 単位	1,300 単位

/日

※加算料金（実施した場合の１回又は月額料金）

・要介護の方

リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	12 単位/日
	4 時間以上 5 時間未満	16 単位/日
	5 時間以上 6 時間未満	20 単位/日
	6 時間以上 7 時間未満	24 単位/日
	7 時間以上	28 単位/日
入浴介助加算（Ⅰ）		40 単位/日
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算イ　（同意日の属する日から 6 月以内）		560 単位/月
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算イ　（同意日の属する日から 6 月超え）		240 単位/日
医師による計画書の説明		270 単位/日
短期集中個別リハビリ実施加算　（起算日より 3 月以内）		110 単位/日
栄養改善加算　（月 2 回限度、3 月以内）		200 単位
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　（6 ヶ月に 1 回を限度に）		20 単位
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　（6 ヶ月に 1 回を限度に）		5 単位
口腔機能向上加算（Ⅰ）　（月 2 回限度、基本的に 3 月以内）		150 単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ　（月 2 回限度、基本的に 3 月以内）		155 単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ　（月 2 回限度、基本的に 3 月以内）		160 単位
重度療養加算　（要介護 3 以上で、要件あり）		100 単位/日
退院時共同指導加算　（退院時に一回限り）		600 単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22 単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		18 単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6 単位/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位数の 6.6%
移行支援加算　（次年度、要件あり）		12 単位/日
送迎減算　（事業所が送迎を行わない場合）		47 単位減算/片道

・要支援の方

生活行為向上リハビリ実施加算　　（算定開始月から 6 か月以内）		562 単位/月
退院時共同指導加算　　（退院時に一回限り）		600 単位/月
栄養アセスメント加算		50 単位/月
栄養改善加算		200 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　　（６ヶ月に１回を限度に）		20 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　　（６ヶ月に１回を限度に）		5 単位/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）		150 単位/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160 単位/月
一体的サービス提供加算　　上記加算の内 2 種選択した場合		480 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１	88 単位/月
	要支援２	176 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援１	72 単位/月
	要支援２	144 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援１	24 単位/月
	要支援２	48 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位の 6.6%
長期間利用による減算　　（利用開始日の属する月から 12 ヶ月超）	要支援１	120 単位/月減算
	要支援２	240 単位/月減算

※参　考：利用料の目安の計算方法(介護度や加算項目､利用回数等により変動します)

①要介護の方

(基本料+日額加算)×利用回数＋月額加算+介護報酬分の 6.6%+食費×利用回数

②要支援の方

基本料＋加算+介護報酬分の 6.6%＋食費×利用回数

(詳細は介護支援専門員の示すサービス提供表別表をご確認下さい。必要であれば､別途概算利用料を提示します。)

３．利用料金の負担額について

介護保険負担割合証に基づいて負担額が決まります。
負担額は１割～3 割負担に分かれています。

４．提供する食事料について

(介護予防)通所リハビリテーション利用時の昼食代(実費)　５５０円／１食（おやつ込）。

５．利用料その他の費用および請求方法について

（１）利用料の費用の請求について

請求書は、原則として通所ではお渡しできません。口座振替以外の方は、病院窓口にてお支払下さい。なお、通所では支払金のお預かりは出来ませんのでご了承下さい。当院がかかりつけの場合は、外来診察時でも支払いは可能です。金額等の詳細は、病院窓口にお尋ね下さい。毎月１０日頃には請求額が分かります。

（２）利用料、その他費用の支払いについて

請求書をお渡しした後、３０日以内に病院窓口にて現金、又は、口座振替(申し込み書類記入)でお支払い下さい。利用月の翌月２２日(金融機関休みの日は翌営業日)に引き落としとなります。申込書類は、契約時又は利用後でも手続き可能です。

６．理髪について（カットのみ）

理髪代は１回あたり　１，５００円で、理髪した日のお支払いとなります。ご希望される方は、事前に予約をお願い致します。(委託)

７．サービス利用にあたっての留意事項

①通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション利用にあたって、利用者に応じた計画を作成する為に利用者又は、その家族に対し病状、心身の状況及びその置かれている環境の把握をする。

②通所リハビリテーションの利用にあたって、利用者又は家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

８．通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス内容について

契約締結後のサービス提供は、上記内容に基づく「通所リハビリテーション計画」・「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成の上で実施しますが、状況や意向の変化により内容変更を行う事も可能です。

（１）サービス提供責任者（通所リハビリテーション計画作成者）

氏　名：鈴木　昭範　（理学療法士）

指定通所リハビリテーション事業・指定介護予防通所リハビリテーション事業

連絡先：川南病院　通所リハビリテーション　**TEL０９８３－２７－４１１６**

（2）通所リハビリテーションの基本的な流れ(概略)

時　間	サービス項目	サービス内容
8:00～	送迎	スタッフによる送迎
9:00～	健康チェック、入浴 集団体操、機能訓練等	医師や看護師等による血圧、脈拍、健康相談等を必要に応じ行います。又、理学療法士等による訓練や日常生活動作の介助を行い身体機能や能力の向上に努めます。
11:00～	口腔体操	食事前にムセ等の予防の為に行います。
11:50～	食事	当院で、調理した食事を温かい状態でお召し上がり頂ける様ご用意致します。
12:30～	口腔ケア、休憩	食事後の口腔清潔を保つ為、職員がお手伝いします。
13:30～	機能訓練 午後レク等	機能訓練、日常動作訓練、体操、カラオケ、学習療法、絵画などに参加し、交流や心身の機能回復を図ります。
14:30～	おやつ	当院栄養課の準備したおやつを楽しめます。
15:00～	送迎、学習療法等	１５時までの利用の方は送迎。残る方は集団活動や排泄介助、交流を図ります。(１６時以降に送迎)

９．秘密保持と個人情報の保護について

（1）利用者及びその秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する業務は、契約が終了した後も継続します。

（2）個人情報の保護について

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。又、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

（3）情報開示について

事業者は、利用者から又は利用者の家族から情報開示の請求があった場合、正規の手続きに従い必要な情報の開示を行います。

10. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合、通所リハビリ担当医による診察及び処置を施すとともに利用者の主治医及び予め指定する連絡先にも連絡します。

11. 災害時対応について

（1）事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

（2）非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

（3）定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 身体拘束について

当通所においてサービスの提供にあたっては、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束・その他利用者の行動制限を行いません。
前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

① 身体拘束最小化委員会(病院)を設置します。
②「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
③当該利用者又はご家族に説明しその他の方法がなかったか改善方法を検討します。

13. 虐待防止について

当通所では、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

①虐待を防止するため職員に対する研修を実施します。
②利用者及びその家族からの苦情対応体制の整備をします。
③その他、虐待防止のために必要な措置（虐待防止検討委員会の設置等）を講じます。
④虐待防止に関する担当者の選定及び措置を講じます。
⑤介護相談員（外部からの派遣）の受け入れを行います。
⑥虐待を発見した場合は市町村へ直ちに報告致します。

14. ハラスメント防止対策について

当通所リハ職員に対して、ハラスメント防止対策に関する基本方針に沿って研修等実施し、周知・啓発を行って参ります。
利用者・御家族につきましては職員への次のようなハラスメントはお断り致します。

①身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為
　例：物を投げつける。殴る・蹴る。唾を吐きかける等。
②精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
　例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する等。
③セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的な誘いかけ、好意的な態度の要求、性的な嫌がらせ行為
　例：必要もなく腕や手を触る。抱きしめる。卑劣な言動を繰り返す等。

ハラスメント等により、サービスの中断や契約解除に至る場合もあります。
信頼関係を築くためにもご協力の程宜しくお願い致します。

15. 感染防止対策について

①当通所の用に供する施設、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、衛生上必要な措置を講じます。
②当通所おいては感染症の発生、まん延防止の為に必要な措置を講じます。
③食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて本院、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。
④当通所利用の際にはマスク（不識布）の着用をお願い致します。

※注１：上記、12、14 については、必要性がある場合、別途同意書に署名捺印をお願いします。
※注２：15 の感染については、川南病院感染防止対策委員会に則した対応にて、一定期間の利用休止等の措置を講じます。(詳細は、感染症の種類に応じて行います。)

16. サービス提供に関する相談、苦情について(相談窓口)

①事業所の窓口

川南病院

所在地：宮崎県児湯郡川南町大字川南１８１５０番地４７
ＴＥＬ：０９８３－２７－４１１１
ＦＡＸ：０９８３－２７－５００２
担当者：通所リハビリ　サービス提供責任者：鈴木昭範又は病院窓口黒木圭一郎
受　付：月曜日～土曜日　９：００～１７：００

②市町村の窓口：(土・日曜日及び国民の祝日、年末年始はお休みとなります。)

1)川南町役場　高齢者福祉係

所在地：宮崎県児湯郡川南町大字川南１３６８０－１
ＴＥＬ：０９８３－２７－８００８
受　付：月曜日～金曜日　８：３０～１７：１５

2)都農町役場　福祉課

所在地：宮崎県児湯郡都農町大字川北４８７４－２
ＴＥＬ：０９８３－２５－５７１４
受　付：月曜日～金曜日　８：３０～１７：１５

3)高鍋町役場　福祉保険課（介護保険係）

所在地：宮崎県児湯郡高鍋町大字北高鍋３００
ＴＥＬ：０９８３－２６－２００８
受　付：月曜日～金曜日　８：２５～１７：１０

4)木城町役場　福祉保険課

所在地：宮崎県児湯郡木城町大字高城１２２７－１
ＴＥＬ：０９８３－３２－４７３４
受　付：月曜日～金曜日　８：２０～１７：２０

③公的団体の窓口

国民健康保険団体連合会

所在地：宮崎県宮崎市下原町２３１－１
ＴＥＬ：０９８５－３５－５３０１
受　付：月曜日～金曜日　９：００～１７：００

通所リハからの御了承とお願い

1　ご家庭での朝の準備
迎えの時に準備が出来ていないと送迎時間にずれが生じ、他の利用者様に迷惑がかかりますので、早めの準備をお願いします。

2　体調不良や急な家庭の事情などにて突発的に休まれる時は、朝８時まで下記へご連絡下さい。

・直通電話　０９８３－２７－４１１６

・携帯電話　０９０－８２９７－５３７０

3　送迎時間の変更
他の利用者様の突然のお休みや交通事情、その他により多少送迎時間に変更が生じる事があります。大幅に変更が生じる場合は当事業所より連絡させて頂きます。

4　連絡帳の使用
利用者様には連絡ノートを準備致します。通所リハからの連絡、ご家庭からの連絡に活用していきます。お薬等もポケットに入れて下さい。

5　通所リハビリに来られる時は、お金及び高価な物は持ってこないようにお願い致します。紛失時の責任は負えません。又、食べ物に関しても、感染予防の観点から持ち込まない様お願い致します。

6　体調不良などによるサービスの中止
サービス提供中に状態が急変、体調不良などが認められた時は、医師の判断により中止又はサービス時間の変更を行う事があります。(ご家族様には連絡を致します。必要に応じ介護支援専門員にも連絡する事があります。)

7　設備、器具の利用
施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により負傷した場合責任は負えません。また破損等が生じた場合、弁償して頂く事があります。

8　迷惑行為等
騒音や自傷他害、宗教勧誘、金品の売買等、他のご利用者様に迷惑となる行為はご遠慮下さい。利用中止となる場合がございます。又、他の利用者及び職員への暴力行為・セクハラ行為等がある場合は、介護保険の法令に従った利用中止の措置を行います。

9　診察等について
原則、通所利用前の定期診察はお断りいたします。利用日以外にて定期診察をして頂くように宜しくお願い致します。(緊急時は除く)

通所ご利用時に準備していただく物

1　入浴準備物

　タオル３枚（洗体用に１枚使用)、バスタオル１枚、着替え（下着、パンツ）

2　着替えた衣服を入れる為の大きめのビニール袋

3　予備の着替え

4　紙オムツや尿取りパット、リハビリパンツについては複数枚の準備

5　お薬　（連絡ノートのポケットへ）

6　歯磨きセット（歯ブラシと歯磨き粉）

7　整容道具（櫛や化粧品)、食事用エプロンなど

8　マスクの予備 2～3 枚

※以上の物を一つのバッグに入れて準備して下さい

※バッグには、氏名タグを当事業所にて準備し付けさせて頂きます

※シャンプー・リンス、石鹸など基本的には事業所で準備しています

（使い慣れたものを持参されたい場合は相談下さい）

持参して頂く持ち物にはすべて名前の記入をお願いします

同意書兼契約書(重要事項説明の年月日)

上記内容について「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（令和６年度厚生労働省令第１６号による改正)」、及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(令和６年度厚生労働省令第１６号による改正)」に基づき利用者に説明を行いました。

事業所所在地　：〒８８９－１３０１　宮崎県児湯郡川南町大字川南１８１５０番地４７

事　業　所　名：川　南　病　院

代　表　者　名：理事長　徳　田　孝　徳　　印

説明者：職種：　　氏名：　　印

重要事項の説明年月日：令和　　年　　月　　日

前述のサービス内容、個人情報保護、身体拘束、虐待防止、ハラスメント防止、感染防止について説明を受け同意致します。

利用者	住　所	宮崎県児湯郡(　川南町　高鍋町　都農町　木城町　) TEL：(　　-　　-　　)		
	氏　名			印
家　族 (代理人)	住　所	TEL：(　　-　　-　　)		
	氏　名		続柄：	印

（確認欄）

・介護度：支援　１　２　介護　１　２　３　４　５

・居宅支援事業所(担当介護支援専門員)：

・利用開始日：

・支払方法：病院窓口　　口座振替　(外来受診分を含む　含まない)

・緊急連絡先：①氏名：　　TEL：

②氏名：　　TEL：

③氏名：　　TEL：

送迎についての確認書

川南病院通所リハビリセンター
管理者　院長：星野　誠一郎

令和　　年　　月　　日

当施設では、送迎前後の安全が守られる事を優先に考え利用者様の送迎時はご家族の在宅を基本としています。やむをえず在宅できない場合は、事故等を未然に防ぐため送迎時の取り決めをしています。但し利用者様の状態により当施設が家族の在宅を希望する事をご理解下さい。
上記の事をご理解頂き、１又は２に○印をお願い致します。

１　送迎時はいつも家にいる
　送迎時はいつも在宅されている家族の方が、不在にされる時は危険防止のため事前に連絡を下さい。

２　在宅できない場合の帰宅時の対応について希望をお書き下さい。

（１）　自宅前で良い
（２）　自宅内玄関まで
（３）　寝室又は居室内まで
（４）　その他(　　)

利用者様　　氏名（　　印）

利用者の家族様　　氏名（　　印）（続柄：　　）

利用日　　月　火　水　木　金　土

送迎予定時間(状況により１５分程度前後する事があります。)

月曜日	時	頃前後	火曜日	時	頃前後
水曜日	時	頃前後	木曜日	時	頃前後
金曜日	時	頃前後	土曜日	時	頃前後

～ メ モ ～