「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利用契約」
重要事項説明書

《 2026 年 7 月 1 日現在 》

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、一宮市指定居宅サービスの事業等の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例に基づいて、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 当事業所では、利用者に対して介護保険法に基づく通所リハビリテーションサービスを提供します。当サービスの利用は、原則として要介護・要支援認定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者 2
2. 事業所の概要....2
3. 事業実施地域 2
4. 営業時間 2
5. 職員の体制....3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金 3
7. サービスの利用に関する留意事項....6
8. サービスの提供の記録について....7
9. 緊急時の対応方法....7
10. 個人情報の保護及び秘密の保持 7
11. 事故発生時の対応方法 7
12. 非常災害時の対策....8
13. 衛生管理等....8
14. 虐待の防止について 8
15. 苦情等の受付について....8
16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について....9

医療法人 尾張健友会
千秋病院
（介護保険指定事業者番号:2372200101）

1. 事業者

名称	医療法人 尾張健友会
所在地	〒491-0185 一宮市千秋町塩尻字山王 7 番地 5
電話番号	0586-76-0003
代表者氏名	北島 勝仁
設立年月	1987 年 3 月

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定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事業所 2000 年 4 月 1 日指定　2372200101 号 2006 年 4 月 1 日指定　2372200101 号
事業の目的	利用者が可能な限り居宅において自立して日常生活を営むことができるよう、必要な通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハビリテーション」という）を適切に提供すること
事業所の名称	千秋病院 デイケアセンター
事業所の所在地	愛知県一宮市千秋町塩尻字山王 1
電話番号	0586-81-1919
管理者氏名	河合　俊一
事業所の運営方針について	利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、その有する能力と心身の特性に応じ安心して自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法、その他必要な生活訓練、日常動作訓練など、心身機能の維持回復を図るため通所リハビリテーション計画にもとづいて適切にサービスを提供します。介護予防にあっては利用者が要介護状態とならないで自立した日常生活が営めるよう支援します。
開設年月	2000 年 4 月 1 日

3. 事業実施地域

愛知県一宮市、岩倉市、江南市、稲沢市

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日 祝日（一部営業）、12 月 30 日から 1 月 3 日は除く。
営業時間	8 時～17 時
サービス提供時間帯	1 単位目　　9 時 30 分～15 時 40 分（送迎時間を除く） 2 単位目　　9 時 00 分～11 時 30 分（送迎時間を除く） 3 単位目　13 時 30 分～16 時 00 分（送迎時間を除く）

5. 職員の体制

当事業所では、利用者に対して通所リハビリを提供する従事者として、以下職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職種	人員数
1. 管理者	1 名
2. 医師	1 名以上
3. 理学療法士	3 名以上
4. 作業療法士	1 名以上
5. 言語聴覚士	1名以上
6. 看護職	2 名以上
7. 介護職	10 名以上
8. 歯科衛生士	1名以上
9. 管理栄養士	1名以上

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1). 「通所リハビリテーション計画」とサービス内容(契約書第3条・第4条参照)

当事業所では、「通所リハビリテーション計画」を作成します。「通所リハビリテーション計画」は当事業所のサービス提供にあたる医師などの職員が、診療または、運動機能、作業能力、栄養状態、口腔機能の状態等を基に、共同して利用者の心身の状況、意向およびその置かれている環境にあわせて、リハビリテーションの目標とその目標を達成するための具体的な内容を記載します。

「通所リハビリテーション計画」は、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況を踏まえ、具体的なサービス内容を記載しています。「通所リハビリテーション計画」は、利用者や家族等に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者や家族の申し出により、いつでも見直すことができます。

(2). 利用者負担額(契約書第5条参照)

サービスの利用に対しては、介護保険に基づき、介護保険証の負担割合に乗じた割合の金額をお支払いただきます。

【要介護単位表】 事業所規模:大規模(特例)

	要介護認定	単位数
基本単位	要介護 1	715 単位
	要介護 2	850 単位
	要介護 3	981 単位
	要介護 4	1,137 単位
	要介護 5	1,290 単位

※ 上記料金は 6 時間以上 7 時間未満の 1 日の基本単位です。

	項目		単位数
加算	入浴介助加算Ⅰ 入浴介助加算Ⅱ （入浴の介助を行った際に加算）		40 単位 60 単位 （入浴介助を実施した回数）
	リハビリテーションマネジメント加算（ハ） リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 6 か月超		793 単位/月 473 単位/月
	上記に加え医師が本人、家族に説明を行った場合		270 単位/月
	移行支援加算		12 単位/日
	栄養アセスメント加算		50 単位/月
	栄養改善加算		200 単位/回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20 単位/6 月に 1 回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5 単位/6 月に 1 回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）イ		155 単位/回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ		160 単位/回
	科学的介護推進体制加算		40 単位/月
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		240 単位/日 1920 単位/月
	短期集中個別リハビリテーション実施加算		110 単位/日
	生活行為向上リハビリテーション実施加算 （開始日から6月以内）		1250 単位/月
	提供時間 3～4 時間	リハビリテーション提供体制加算	12 単位 （サービス提供日数）
	提供時間 4～5 時間	リハビリテーション提供体制加算	16 単位 （サービス提供日数）
	提供時間 5～6 時間	リハビリテーション提供体制加算	20 単位 （サービス提供日数）
	提供時間 6～7 時間	リハビリテーション提供体制加算	24 単位 （サービス提供日数）
	提供時間 7 時間以上	リハビリテーション提供体制加算	28 単位 （サービス提供日数）
	重度療養管理加算		100 単位（サービス提供日数）
	中重度者ケア体制加算		20 単位（サービス提供日数）
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22 単位（サービス提供日数）
	若年性認知症利用者受入加算		60 単位/日
	退院時共同指導加算 （医師または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合）		600 単位/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）			総単位数×11.1%
地域区分による加算（6 級地）・・・全ての介護保険給付対象のサービス費×10.33（円）			

【要支援(介護予防)単位表】

	要支援認定	単位数
基本	要支援1	2,268 単位
	要支援 2	4,228 単位
加算	栄養アセスメント加算	50 単位
	科学的介護推進体制加算	40 単位
	栄養改善加算	200 単位
	口腔機能向上加算(Ⅰ)・(Ⅱ) (3か月以内・月2回まで)	150 単位 160 単位
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)6月に1回を限度	20 単位 5 単位
	生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内)	562 単位
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1　88 単位 要支援2　176 単位
	若年性認知症利用者受入加算	240 単位/月
	退院時共同指導加算 (医師または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合)	600 単位/回
	一体的サービス提供加算 (月に 2 回栄養改善サービスまたは口腔機能改善サービスを行った場合)	480 単位/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)		総単位数×11.1%
地域区分による加算(6 級地)・・・全ての介護保険給付対象のサービス費×10.33(円)		

※　上記料金の他、次の(3)に掲げる実費をいただきます。

※　サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

(3). サービス利用にかかる実費負担額(契約書第5条参照)

サービス提供に要する次の費用は、介護保険・介護予防給付の対象ではありませんので、実費をいただきます。

① 昼食代:　650 円

② おやつ代: 150 円

③ 行事食費:　特別な食事が提供される場合、昼食代に加え差額をいただきます。
(希望されない方は差額なしで通常の食事を提供します)

④ その他、次のものは実費

○ オムツ代

紙パンツ	216 円
テープタイプ	189 円
尿とりパット	55 円

○　外出時の喫茶代等、レクレーション代・創作活動時の個人作品の材料代

⑤ 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、交通費をいただきます。(サービス利用料とともに1か月ごとにお支払いいただきます)片道 2kmまで無料、2～4kmまで 30 円、4km越える場合 2kmごと 30 円追加させていただきます。

⑥ 提供を受ける通所リハビリテーションのサービスが介護保険の適用を受けない部分については、前項(2)の単位表を 10 で乗じた金額をお支払いいただきます。
⑦ 介護保険対象以外の方は前項(2)の単位表を 10 で乗じた金額をお支払いいただきます。

(4). 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法(契約書第5条参照)

前項(2)、及び(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。

(ア) 金融機関口座からの自動引き落とし(できるかぎりこの方法でお願いします)
(イ) 窓口での現金支払い
(ウ) 下記指定口座への振り込み

振込先口座	名古屋銀行　一宮支店　普通預金 0282552
振込先名義	医療法人尾張健友会千秋病院

(5). 利用の中止、変更、追加(契約書第6条参照)

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所リハビリテーション計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日17時までに事業所に申し出てください。
② 利用予定日の前日の17時までに申し出がなく、利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

利用予定日の前日17時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日17時までに申し出がなかった場合	実費 500 円

③ サービス利用の変更・追加することができます。但し、稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するなど必要な調整をいたします。

(6). 実費負担額(交通費等)の変更

実費負担額(交通費等)を変更する場合は、事前にご説明します。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1). サービス提供について

① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護・要支援状態の軽減、もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるように、適切にサービスを提供します。
② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、わかりやすく説明します。もしわからないことがありましたら、いつでも担当職員に遠慮なく相談してください。
③ サービスの提供にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況および置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するように致します。

(2). 介護保険証等の確認

「住所」及び「介護保険証」の内容など記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。また、担当職員が「介護保険証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いします。

(3). ご利用について

サービス提供の中止・終了について(契約書第 13 条参照)

次のようなことがあった場合は、サービス提供に支障があると判断し、サービス提供を中止または終了することがあります。

① 暴力または乱暴な言動
物を投げつける、手を払いのける、怒鳴る、大声を発するなど

② セクシャルハラスメント
身体を触る、手を握る、性的な発言など

③ その他
職員のプライベートな情報を何度も聞く、金品等(お茶・お菓子等含む)の心付けの無理な強要、送迎または対応職員の個別指定や時刻の強要、理不尽なサービスの要求

8. サービスの提供の記録について

(1). サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに実施日時及び実施したサービス内容などを記録します。なお、通所リハビリテーション計画及びサービス提供の記録は、サービス終了日より5年間保存します。

(2). 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第8条参照)

当事業所では、利用者の記録や情報を適切に管理し秘密は厳守致します。利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります)

9. 緊急時の対応方法

訪問時、利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関、希望の緊急連絡先、居宅介護支援事業所等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

10.個人情報の保護及び秘密の保持

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

11.事故発生時の対応方法

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、利用者の係る居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、記録します。

また、利用者に対するサービスの提供により損害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。

＜事業所は、次の損害賠償保険に加入しています＞

保険会社名	全国訪問看護事業協会(三井住友海上火災保険)
保険名	居宅サービス・居宅介護支援事業者賠償責任保険

12. 非常災害時の対策

（1） 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

（2） 防災訓練は「千秋病院消防計画」により、避難・防災訓練を年2回以上実施します。

13. 衛生管理等

事業所は、サービス提供に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生管理に努め、又は衛生上に必要な措置を講じます。

事業所内において感染症または食中毒の発生・まん延を防止する措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言・指導を求め、常に密接な連携に努めます。

14. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1） 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	課長・長谷川　美恵

（2） 成年後見制度の利用を支援します。

（3） 苦情解決体制を整備しています。

（4） 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための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擁護者（現に擁護している家族・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、これを市町村及び地域包括支援センターに通報します。

15. 苦情等の受付について

(1). 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等の相談（契約書第 14 条参照）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関する相談、利用者の記録等の情報開示の請求は次の窓口で受け付けます。

○ お客様相談係　＜苦情受付窓口（課長・長谷川　美恵）　℡0586-81-1919＞

○ 受付時間　　毎週月曜日～土曜日（祝日・年末年始除く）　9:00～17:00

(2). 行政機関その他苦情受付機関

公共機関名	電話番号	対応時間
一宮市役所 介護保険課	0586-85-7017 （直通）	月曜～金曜（祝日・年末年始除く） 9:00～17:00
岩倉市役所 長寿介護課	0587-38-5811 （直通）	月曜～金曜（祝日・年末年始除く） 9:00～16:00
江南市役所 介護保険課	0587-54-1111 （代表）	月曜～金曜（祝日・年末年始除く） 9:00～16:00
稲沢市役所 高齢介護課	0587-32-1286 （直通）	月曜～金曜（祝日・年末年始除く） 9:00～17:00
愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課　苦情相談窓口	052-971-4165 （直通）	月曜～金曜（祝日・年末年始除く） 9:00～17:00

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価実施の有無	無

年　月　日

通所リハビリテーションサービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名　河合　俊一

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者:続柄(　　)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿