

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）
契約書別紙（兼重要事項説明書）

リハビリデイサービスぴたさぽ豊見城

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社りゅうせきケアプロ
主たる事業所の所在地	〒902-0075 沖縄県那覇市字国場 32 番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 当銘 功
設 立 年 月 日	平成 15 年 12 月 12 日
電 話 番 号	098-840-0081
F A X	098-840-0082

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリデイサービスぴたさぼ豊見城	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒901-0244 沖縄県豊見城市宜保二丁目 6 番地 8 コーポ TOKI101	
電 話 番 号	098-851-0088	
F A X	098-851-0080	
指定年月日・事業所番号	那覇市	2017 年 6 月 1 日指定 (事業所番号 4775400627)
	糸満市	
	沖縄県介護保険広域連合	
実施単位・利用定員	2 単位	定員 40 人
通常の事業の実施地域	豊見城市、那覇市、糸満市（交通費不要地域）	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、排せつ等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。（祝日も営業）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
提供時間	1単位目 09：00～12：15 2単位目 13：15～16：30

6 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	人員数
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理	常勤兼務1名
生活相談員	利用者の生活相談、各種社会資源の情報提供	常勤兼務1名 非常勤兼務1名
看護職員	機能評価、機能訓練の指導、各種処置	常勤兼務1名 非常勤兼務1名
介護職員	機能評価、機能訓練の指導、プログラム立案 実行	常勤専従2名
機能訓練指導員	リハビリ評価、リハビリプログラムの立案・ 実行	常勤専従1名 常勤兼務1名 非常勤兼務1名

7 サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービスの利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 上原 晃任、神里 武
管理責任者の氏名	管理者 上原 晃任

8 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円	10,863円
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） （1ヶ月で1回～4回まで 利用の場合）	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援2	4,470円（1回につき） （1ヶ月で5回～8回まで 利用の場合）	447円	894円	1,341円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用 料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
科学的介護推進 体制加算	科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用	400円	40円	80円	120円
サービス提供体制強化 加算Ⅲ（要支援1）	介護福祉士の割合が40%以上	240円	24円	48円	72円
サービス提供体制強化 加算Ⅲ（要支援2）	勤続7年以上の介護職員が30%以上 ※以上のいずれかに該当	480円	48円	96円	144円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※	介護職員等の処遇改善の為、一定の要件を満たした場合 （合計負担額の8.0%）				

注 1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) その他費用

おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。 おむつ代：アテントタイプ120円 フラットタイプ80円
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が 適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身 の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスで、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日17時迄に申し出があった場合	無料
利用予定日の前日17時迄に申し出がなかった場合	利用料の50%

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(4) 支払い方法

事業者は、上記(1)から(3)の利用料（利用者負担分の金額）をもとに計算された月ごとの合計額の請求書に明細を付して、翌月10日以降に利用者へ送付します。

利用者は、当月の料金の合計金額を翌月に口座自動振替の方法で支払います。

9 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター、各市町村及び沖縄県介護保険広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1.1 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 098-851-0088 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し出ることができます。

苦情受付 機 関	那覇市役所 チャーがんじゅう課	098-862-9010
	豊見城市役所 障がい・長寿課	098-850-5320
	糸満市役所 介護長寿課	098-840-8114
	沖縄県介護保険広域連合	098-911-7502
	沖縄県国民健康保険団体連合会	098-860-9026
	沖縄県福祉サービス運営適正化委員会	098-882-5704

1.2 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	実施無し
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

1.3 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1.4 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 法人名 株式会社りゅうせきケアプロ
沖縄県那覇市字国場 32 番地
代表取締役 当銘 功 印

事業所名 リハビリデイサービスぴたさぽ豊見城
沖縄県豊見城市宜保二丁目 6 番地 8 コーポ TOKI 101
説明者氏名 上原 晃任 (管理者兼生活相談員) 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が
契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代理人 (又は法定代理人)

住 所

氏 名 印 (続柄:))