

介護予防・日常生活支援総合事業（下関市）
第1号通所事業（予防給付型）契約書別紙（兼重要事項説明書）①

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 リハピス
主たる事務所の所在地	〒752-0916 下関市王司上町5丁目3-4 5
代表者（職名・氏名）	代表取締役 富村 義隆
電話番号	083-248-3536
F A X	083-227-3529

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	歩行リハビリセンター テクラ新下関店	
サービスの種類	第1号通所事業（予防給付型）	
事業所の所在地	〒751-0851 下関市熊野西町1-1 1	
電話番号	083-242-0109	
指定年月日・事業所番号	令和6年11月1日指定	35A0100336
実施単位・利用定員	2単位	定員18人
通常の事業の実施地域	竹崎町・笹山町・豊前田町・丸山町・長崎町・関西町・田中町・南部町・中之町・山手町・春日町・神田町・新地町・大坪全域・筋川町・桜山町・向洋町・宮田町・本町・貴船町・みもすそ川町・前田・藤ヶ谷町・棕野町・後田町・山の口町・羽山町・向山町・元町・武久町・汐入町・幡生町・幡生新町・幡生宮の下町・生野町・石神町・大学町・宝町・三河町・熊野町・山の田全域・武久西原台・新垢田南町・垢田町・古屋町・稗田町・川中豊町・川中本町・伊倉町・伊倉新町・綾羅木本町・綾羅木新町・一の宮町・一の宮学園町・楠乃・勝谷新町・田倉御殿町・秋根全域・形山町・石原・延行・富任町・梶栗町・蒲生野・安岡町・横野町・小野・内日（一部）。 通常の実施地域外の受け入れは要相談とする。	

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、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（予防給付型）は、事業者が設置する事業所（歩行リハビリセンターテクラ）に通っていただき、入浴、排せつ等の介護、生活等に関する相談及び助言、口腔機能が低下している、そのおそれのある利用者に対して、口腔体操など口腔機能維持・向上に向けたケア（機能的口腔ケア）などの訓練、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(祝祭日も営業) 夏季（8月13日～15日）年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	1単位目：午前9時～午後12時 2単位目：午後13時30分～午後16時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分（人）	職務の内容
管理者	1	常勤1	管理業務
生活相談員	1名以上	常勤1以上	生活相談業務
介護職員	2名以上	常勤・非常勤1以上	介護業務
機能訓練指導員	2名以上	常勤1以上	機能訓練業務
看護職員	1名以上	常勤1名以上	看護業務

7. サービス提供の担当者

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 中井 聖奈
管理責任者の氏名	管理者 藤田 裕己

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、2割又は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号通所事業予防給付型サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：予防給付型】

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月の中で全部で5回以上のサービス)	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) (1月の中で全部で9回以上のサービス)	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月の中で全部で4回までのサービス)	436円	872円	1,308円
要支援2	4,470円(1回につき) (1月の中で全部で8回までのサービス)	447円	894円	1,341円

【加算：予防給付型】

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	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能 認知症の状況や心身の状況等に係る基本的 な情報を厚生労働省に提出している場合。	400円	40円	80円	120円
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚 士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向 上サービスを行っているとともに、利用者 の口腔機能を定期的に記録していること	160/回(上限月1回)			
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善 基準を超えた場合	単位数の8%加算			
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)	-47単位			

(2) その他の費用

複写物の交付	利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。(1枚につき50円)
おむつ代	サービス利用時、やむをえずオムツ等が必要になった場合、実費をご負担いただきます。
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) 利用料金等の支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、利用当該月に精算いたします。契約口座より引き落とし確認後、領収書を発行いたします。

（４）利用の中止・変更・追加など

利用予定日の前に、利用者の都合により利用を中止また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までに事業所に申し出ください。サービス利用の提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に掲示して協議いたします。

９．事故発生時、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、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（家族等）、介護予防ケアプランを作成した居宅介護事業所等へ連絡へ連絡します。

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及び下関市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に則り対応を行います。
避難訓練・防災対策	別途定める消防計画に則り避難訓練を行います。

１２．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 ０８３－２４２－０１０９ 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立てることができます。

苦情受付機関	下関市長寿支援課	電話番号 ０８３－２３１－１３４５
	下関市福祉部介護保険課	電話番号 ０８３－２３１－１３７１
	山口県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０８３－９９５－１０１０

13. 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) 施設内の設備や器具は本来の用法に沿ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

(2) 喫煙はご遠慮ください。

(3) 他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。

(4) 所持金品は、自己の責任で管理してください。

(5) 施設内で他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

(6) 職員とプライベート（個人的）な付き合いはできません。

(7) 職員への金銭等のやりとりは禁止しております。

(8) 利用定員および送迎の都合上、利用曜日や利用時間の変更希望にそえない場合があります。また、自家用車または家族で来所されている方に関しても、同様に送迎希望に添えない場合があります。

(9) 自家用車または家族送迎で来所されている方に関しては、施設までの移動中に起きた事故等については自己責任となります。

(10) 食べ物の持ち込みは原則禁止しています。医療、健康管理上の必要性が認められる場合の持ち込みは、必ず職員にお尋ね下さい。

14. 利用者様へのお願い

契約書および重要事項説明書は保管しておいて下さい。

令和 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 山口県下関市王司上町 5 丁目 3-45

株式会社リハピス

歩行リハビリセンター テクラ

代表取締役 富村 義隆 印

説明者 藤田 裕己 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。

利 用 者 住 所

氏 名 印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名 印

本人との続柄