

通所介護契約書別紙（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	株式会社アズユー
主たる事務所の所在地	〒756-0092 山陽小野田市新生1丁目9-12
代表者（職名・氏名）	代表取締役 道祖 悟史
設立年月日	平成29年8月1日
電話番号	050-1750-9163
FAX	050-3606-0424

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 プラスワン	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒756-0835 山口県山陽小野田市セメント町6-2太陽ビル1階テナント3	
電話番号	0836-39-7887	
FAX	050-3606-0424	
指定年月日・事業所番号	平成31年1月1日指定	3571600950
実施単位・利用定員	2単位	定員30人 (水・金曜日の2単位目のみ定員25名)
通常の事業の実施地域	山陽小野田市内、宇部市（原・黒石・厚南・西宇部・鶴ノ島・新川・藤山（一部）小学校区） 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	要介護にある利用者が、可能な限りその居宅において有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、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

通所介護は、事業者が設置する事業所（リハビリデイサービス プラスワン）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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減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、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月14日から8月16日）を除きます。
-----	--

営業時間	8時00分から17時30分まで
サービス提供時間	1単位目：9時00分から12時00分まで
	2単位目：13時30分から16時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	4名以上
機能訓練指導員	1名以上

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 若松 春花
管理責任者の氏名	管理者 飯田 悠太

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割もしくは3割）の額です。ただし、介護保険給付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）通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費	
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) ※(注2)参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700円	370円
	要介護2	4,230円	423円
	要介護3	4,790円	479円
	要介護4	5,330円	533円
	要介護5	5,880円	588円

(注1) 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訂されます。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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

また、**2割負担の方**に関しては、**利用者負担金は1割負担の方の2倍額**となります。**3割負担の方**に関しては、**利用者負担金は1割負担の方の3倍額**となります。

【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	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
生活機能向上連携加算Ⅱ	訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師が通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同でアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。(1月につき)	1000円	100円
個別機能訓練加算Ⅰロ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1回につき)	760円	76円
個別機能訓練加算Ⅱ	※要件を満たした上で、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていることによりⅡを算定	200円	20円
ADL維持等加算Ⅱ	利用者の総数が10人以上であること。利用者全員に利用開始月と当該月の翌月から起算して6ヶ月目にBarthel IndexでADL値を測定し、測定した日の月ごとにデータ提出し、フィードバック情報を活用する。 初月のADL値や要介護認定に応じて算出したADL利得が3以上であること。	600円	60円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	6ヶ月ごとに口腔機能・栄養状態の確を行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合算定。※6ヶ月に1回を限度とする。(6月につき)	200円	20円
口腔機能向上加算Ⅱ	「口腔清潔」「唾液分泌」「咀嚼(そしゃく)」「嚥下(えんげ)」などの口腔機能を元に、口腔機能改善に向けた管理指導計画の作成、指導を実施すること。(1月に2回)	1600円	160円
科学的介護推進体制加算	イ 利用者ごとの心身、疾病の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。(1月につき)	400円	40円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注3)	1月の利用料金(基本部分+各種加算)の9%	左記額の1割

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

また、**2割負担の方**に関しては、**利用者負担金は1割負担の方の2倍額**となります。**3割負担の方**に関しては、**利用者負担金は1割負担の方の3倍額**となります。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者減額金 (自己負担1割の場合)
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合 (片道につき)	470円	47円
業務継続計画未策定減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制の構築(業務継続計画)が未策定の場合	1月の利用料金(基本部分+各種加算算)の3.0%	左記額の1割
高齢者虐待防止措置未策定減算	利用者の人権の擁護、虐待防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を予防するための措置が講じられていない場合	1月の利用料金(基本部分+各種加算算)の1.0%	左記額の1割

また、2割負担の方に関しては、利用者負担金は1割負担の方の2倍減額となります。3割負担の方に関しては、利用者負担金は1割負担の方の3倍減額となります。

(3) 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	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
飲み物代	利用1回につき100円を自費でご負担いただきます。持参される場合は対象外です。
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に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。

(4) キャンセルについて

利用予定日のサービス提供をキャンセルしたい場合は、利用予定日の前々日までにキャンセルの連絡をお願いします。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、当日の連絡でもかまいませんので、事前にご連絡をいただきますようお願いいたします。

(5) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状などの急変があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先(家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡します。

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、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 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。

- 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 施設長：野村 香織
- 成年後見制度の利用を支援します。
- 苦情解決体制を整備しています。
- 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13. 苦情相談窓口

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

事業所相談窓口	電話番号 0836-39-7887 面接場所 当事業所の相談室 担当 若松 春花
---------	---

(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	山陽小野田市高齢福祉課	電話番号 0836-82-1172 山口県山陽小野田市日の出1丁目1-1
	宇部市健康福祉部 介護保険課	電話番号 0836-34-8396 山口県宇部市常盤町1丁目7番1号 本庁舎1階
	山口県国民健康保険団体 連合会 介護苦情相談係	電話番号 083-995-1010 山口県山口市朝田1980番地7

14. 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。

- 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。
- 喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 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。
- 職員とプライベート(個人的)な付き合いはできません。
- 職員への金銭等のやりとりは禁止しております。
- 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。
- 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。
- 以下の行為を行った場合、契約を解除することがあります。
<暴力又は乱暴な言動>
・物を投げつける

- ・刃物を向ける、服をひきちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発するなど
- <セクシャルハラスメント>
- ・卑猥な発言や行為を行う
- ・他の利用者や職員の体を触る、必要もなく手や腕を触る
- ・腕を引っ張り抱きしめる
- ・女性のヌード写真を見せるなど
- <その他>
- ・他の利用者や職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為など

15. 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。

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 所在地 山口県山陽小野田市新生1丁目9-12
事業者(法人)名 株式会社アズユー
代表者職・氏名 代表取締役 道祖 悟史
説明者職・氏名

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

署名代行者(又は法定代理人)
住所

本人との続柄

氏名

立会人 住所

氏名