

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（緩和した基準による通所型サービス）
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	株式会社リハーシャル
主たる事務所の所在地	〒329-4307 栃木市岩舟町静5145-8
代表者（職名・氏名）	代表取締役 新村 慎介
設立年月日	令和6年9月24日
電話番号	0282-51-3430

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	高次脳機能障害対応型リハビリデイRe：Start	
サービスの種類	第1号通所事業（通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒329-4307 栃木市岩舟町静5145-8	
電話番号	0282-51-3430	
指定年月日・事業所番号	令和7年1月1日指定	事業所番号 0990300428
管理者の氏名	江田 美由紀	18名（うち緩和した基準による通所型サービス2名）
通常の事業の実施地域	栃木市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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（緩和した基準による通所型サービス）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等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（緩和した基準による通所型サービス）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、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、生活等に関する相談及び助言を行うことにより、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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後17時00分まで
サービス 提供時間	午前9時00分から午後16時15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人以上
看護職員	1人以上
介護職員	1人以上
機能訓練指導員	1人以上

7. 生活相談員

事業所の生活相談員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。

生活相談員の氏名	新村 慎介
----------	-------

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（緩和した基準による通所型サービス）の利用料

【基本部分】

利用者の認定区分	利用者負担		
	1割	2割	3割
事業対象者 要支援1	1,459 円	2,917 円	4,375 円
事業対象者 要支援2	2,938 円	5,876 円	8,813 円

上記の基本利用料は、栃木市が定める金額です。なお金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき700円の食費をいただきます。
おやつ、軽食代	おやつ：100円(コーヒー等の嗜好品も含む) 300円(朝食)
おむつ代	おむつの提供を受けた場合1回につき100円、パッド30円の実費をいただきます。
処置材料費	褥瘡処置時のガーゼ・優肌パッド代 50円(持参している場合は徴収いたしません)
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) 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、1か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係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、15日以内に差上げます。

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(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 栃木信用金庫 岩舟支店 普通口座 0251141
現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)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、速やかに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 住所 電話番号	

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栃木市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	0 2 8 2 - 5 1 - 3 4 3 0		
	面接場所	当事業所の相談室	受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ

(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	栃木県国民健康保険団体連合会	電話番号 028-643-2220
	栃木市保健福祉部地域包括ケア推進課	電話番号 0282-21-2244

12. 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いたします。

(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、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等へご連絡ください。

13. 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。

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 栃木県栃木市岩舟町静 5145-8

事業者（法人）名 株式会社リハーシャル

代表者職・氏名 代表取締役 新村 慎介 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 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏 名 _____ 印 _____

立 会 人 住 所

氏 名 _____ 印 _____