# 通所介護重要事項説明書

<令和　　6　年　　6　月　　1　日現在>

1．　通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---|---|
| 名称　・　法人種別 | 有限会社　　リハビリケアセンター |
| 代　　表　　者　　名 | 髙崎　貞嗣 |
| 所在地　・　連絡先 | （住所）　〒８６０－００２５<br>熊本市中央区紺屋町２丁目２８番地<br>（電話）　０９６－３５２－０４１７<br>（ＦＡＸ）　０９６－３１２－２１８９ |

2．　事業所の概要

（1）　事業所名称及び事業所番号

| | |
|---|---|
| 事　業　所　名 | リハビリケアセンター |
| 所在地　・　連絡先 | （住所）　〒８６０－００２５<br>熊本市中央区紺屋町２丁目２８番地<br>（電話）　０９６－３１２－２１８８<br>（ＦＡＸ）　０９６－３１２－２１８９ |
| 事　業　所　番　号 | 4370105167 |
| 管理者の氏名 | 星原　文代 |
| 利　用　定　員 | 24人 |

（2）　事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数（人） | 区分 常勤（人） | 区分 非常勤（人） | 常勤換算後の人数（人） | 職務の内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| 管　理　者 | 1 | 1 | 0 | 0.8 | 事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。 |
| 生　活　相　談　員 | 5 | 3 | 2 | 2.1 | 事業所に対する介護サービスの利用の申し込みに係わる調整、職員対する助言及び技術指導を行い、他の職員と協力して通所介護計画等を行う。また、自らも利用者に対し、必要な日常生活上の介護その他必要な業務にあたる。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 介　護　職　員 | 15 | 5 | 10 | 5.1 | 利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務にあたる。 |
| 看　護　職　員 | 6 | 1 | 5 | 1.1 | 通所介護の提供にあたる。 |
| 機能訓練指導員 | 9 | 3 | 6 | 2.5 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。 |
| 事務職員等 | | | | | |

（３）　職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---|---|---|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）<br>常勤で勤務 | 60 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）<br>常勤で勤務 | 60 |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）<br>日常勤務（８：３０～１７：３０以内） | 60<br>０～４０ |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）<br>日常勤務（８：３０～１７：３０以内） | 60<br>０～４０ |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）<br>日常勤務（８：３０～１７：３０以内） | 60<br>０～４０ |

（４）　営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|---|---|
| 平日 | ９：３０～１６：３５ |
| 土曜日 | ９：３０～１６：３５ |
| 営業しない日 | 日曜日・祝日・１２月３０日～１月３日 |

３．　サービス内容及び費用

（１）　介護保険給付対象サービス

ア　　サービス内容

| 種　　類 | 内　　容 |
|---|---|
| 食　　事 | （食事時間）<br>１２：３０～１３：３０<br>利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。<br>食事サービスの利用は任意です。 |
| 入　　浴 | 入浴又は清拭を行います。<br>入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排　　泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機　能　訓　練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。<br><当施設の保有するリハビリ器具><br>歩行器　１台　　エアロバイク　１台<br>車椅子　１台　　ステッパー　１台<br>杖　　１本　　プリー　　１台 |
| 生　活　指　導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。<br>各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送　　迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。<br>送迎サービスの利用は任意です。 |

イ　　費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の１割が利用者の負担額となります。

お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】

平成１２年２月１０日厚生省告示第１９号　別表－６－

一部改正　平成１５年３月２４日厚生労働省告示第５０号

一部改正　平成１７年９月７日厚生労働省告示第４００号

一部改正　平成１８年厚生労働省告示第１２６号・第１２８号

一部改正　平成２４年厚生労働省告示

一部改正　令和6年厚生労働省告示

●介護予防通所サービス（１ヶ月）

| | |
|---|---|
| 要支援１　　１７９８０円 | 要支援２　　３６２１０円 |

○加算（1ヶ月）

| 種　　類 | 利　　用　　料 |
|---|---|
| 口腔栄養スクリーニング加算ⅠまたはⅡ | Ⅰ：２００　円　　Ⅱ：５０円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ | 各種加算減算を加えて算定した単位数の6．4% |

●通所介護（１日）

○所要時間３時間から４時間未満の場合

| | |
|---|---|
| 要介護１　　３７００円 | 要介護２　　４２３０円 |
| 要介護３　　４７９０円 | 要介護４　　５３３０円 |
| 要介護５　　５８８０円 | |

○所要時間４時間から５時間未満の場合

| | |
|---|---|
| 要介護１　　３８８０円 | 要介護２　　４４４０円 |
| 要介護３　　５０２０円 | 要介護４　　５６００円 |
| 要介護５　　６１７０円 | |

○所要時間５時間から６時間未満の場合

| | |
|---|---|
| 要介護１　　５７００円 | 要介護２　　６７３０円 |
| 要介護３　　７７７０円 | 要介護４　　８８００円 |
| 要介護５　　９８４０円 | |

○所要時間６時間から７時間未満の場合

| | |
|---|---|
| 要介護１　　５８４０円 | 要介護２　　６８９０円 |
| 要介護３　　７９６０円 | 要介護４　　９０１０円 |
| 要介護５　　１００８０円 | |

○所要時間７時間から８時間未満の場合

| | |
|---|---|
| 要介護１　　６５８０円 | 要介護２　　７７７０円 |
| 要介護３　　９０００円 | 要介護４　　１０２３０円 |
| 要介護５　　１１４８０円 | |

○加算（１日につき）

| 種　　類 | 利　　用　　料 |
|---|---|
| 入浴介助加算 | ４００　円 |
| 個別機能訓練加算Ⅰイ | ５６０　円 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | １５０　円 |
| 口腔栄養スクリーニング加算ⅠまたはⅡ | Ⅰ：２００　円　　Ⅱ：５０円 |
| 通所介護サービス提供体制加算Ⅱ | １８０円 |
| 通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1・Ⅱ2 | Ⅰ：720　円　　Ⅱ：1440円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ | 各種加算減算を加えて算定した単位数の6．4% |

・　上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・　介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、全額自己負担（１０割負担）とさせて頂きます。

・　介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない
　場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。
利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

（２）　介護保険給付対象外サービス
○　　通常要する時間を超えるサービス
お客様の希望により、通常提供する通所介護サービスの所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、３－（１）－イの【料金表】により、該当する所要時間の利用料から通常要する所要時間の利用料を差し引いた額の　　％を負担していただきます。

○　　食事の提供に要する費用
食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。
１食当たり660円、減塩食790円

○　　おむつ代：　　1枚150円　　○　　尿とりパット代：1枚　60円

○　　その他の費用
通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

（３）　　利用料等のお支払い方法
毎月、１５日までに前月分の請求を致しますので、２５日に口座振替とさせて頂きます。
（土日の場合は翌営業日となります）

【肥後銀行　熊本駅前支店】

【郵便局】

※　入金確認後、領収書を発行します。

５．　事業所の特色等
（１）　事業の目的
有限会社リハビリケアセンターが開設運営するリハビリケアセンターが行う通所介護・介護予防通所サービス事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の提供に当たる者が、要支援状態・要介護状態にある高齢者に対し、適切な通所介護を提供することを目的とする。

（２）　運営方針

事業所の職員は、要支援者・要介護者である利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう努め、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

（３）　その他

| 事　　項 | 内　　容 |
|---|---|
| （介護予防）通所介護計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、（介護予防）通所介護計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明の上交付します。 |
| 従業員研修 | |

６．　サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|---|---|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者　　管理者<br>ご利用時間　　８：３０～１７：３０<br>ご利用方法　　電話　０９６－３５２－０４１７<br>面接<br>苦情箱 |
| 介護サービス相談苦情窓口 | 熊本市高齢福祉課　０９６－３２８－２３４７<br>熊本県国民健康保険団体連合会　０９６－２１４－１１０１ |

７．　緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

| | | |
|---|---|---|
| 主　治　医 | 病　院　名<br>及び<br>所　在　地 | |
| | 氏　　名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | |
| | 住　　所 | |
| | 電話番号 | |

8．　非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年２回避難訓練行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 自動火災報知機 | あり | 屋内消火器 | あり |
| | 誘導灯 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 熊本市西消防署への届出：令和　　年　　月　　日<br>防災管理者： 高崎　貞嗣 | | | |

9．　サービス利用に当たっての留意事項

○　サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

○　施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用の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。

○　施設内外での喫煙はご遠慮ください。

○　他の利用者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。

○　施設内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

事　業　者　　住所　　８６０－００２５
熊本市中央区紺屋町二丁目２８番地
事業者（法人）名　　有限会社　リハビリケアセンター

施　設　名　　リハビリケアセンター
（事業所番号）　　4370105167

代表者名　　髙崎　貞嗣　　印

説　明　者　　職　　名　　管理者

氏　　名　　印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利　用　者　　住　　所

氏　　名　　印

代理人（選任した場合）　　住　　所

氏　　名　　印

# 重要事項説明書

## リハビリケアセンター