

# <通所介護重要事項説明書>

## 1 事業所概要

### ①事業所情報

事業所名	リハビリ専門デイサービス リハプラス
本社所在地	福岡県直方市神正町4-23 敷田ビル5 1階
連絡先	TEL 0949-29-3950 FAX 0949-29-3951
管理者名	宮崎 太佑
サービス種類	通所介護 (通所介護計画に沿って、送迎、機能訓練、栄養改善、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護業務を行います。)
介護保険指定番号	4071702437
サービス提供地域	直方市、宮若市、小竹町、鞍手町、北九州市(離島を除く)

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

### ②サービス提供時間

平日	午前9:00～12:00 午後13:20～16:20
土曜日	お休み
定休日	・土曜日 日曜日 ・ゴールデンウィーク3日間(5/3～5/5) ・お盆3日間(8/13～8/15) ・年末年始7日間(12/29～1/4)

③利用定員 午前1単位25人 午後1単位25人

### ④職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	理学療法士	1名	0名	1名
機能訓練指導員	理学療法士	3名	0名	3名
生活相談員	理学療法士	1名	0名	1名
看護職員	看護師	0名	2名	2名
介護職員		1名	0名	1名
介護職員	認知症介護基礎研修修了	1名	0名	1名
介護職員	介護福祉士	0名	1名	1名
介護職員	理学療法士	2名	0名	2名
介護職員	看護師	0名	2名	2名

### ⑤事業計画・財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者様及びその家族様にとどまらず全ての方に対し、要望があれば閲覧することができます。

### ⑥事業目的・運営方針

事業目的	身体機能や日常生活動作能力の維持・向上を主目的とした通所介護におけるサービスを提供する。
運営方針	利用者様やその家族の尊厳と意思・目標を共有し、専門的なリハビリや介護を実施することで、利用者様の日常生活の質の向上を図ります。

## 2 当事業所連絡先窓口(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号	TEL:0949-29-3950 FAX:0949-29-3951
所属	リハビリ専門デイサービス リハプラス
担当者	宮崎 太佑
受付時間	8:15～17:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

### 3 利用料金

#### ①利用料金

要支援・事業対象者の方(2割・3割負担の方は別表1を参照)

介護保険	月あたりの単位	月あたりの1割負担分 (科学的介護推進体制加算を含む)
通所型サービス1	1798単位	1838単位
通所型サービス2	3621単位	3661単位

【一月につき科学的介護推進体制加算 40単位】

要介護認定の方(2割・3割負担の方は別表2を参照)

介護保険	1回あたりの単位	1回あたりの1割負担分 (個別機能訓練加算Ⅰ口を含む)
要介護1	370単位	446単位
要介護2	423単位	499単位
要介護3	479単位	555単位
要介護4	533単位	609単位
要介護5	588単位	664単位

【一回につき個別機能訓練加算Ⅰ口 76単位】

【一月につき個別機能訓練加算Ⅱ 20単位】

【一月につき科学的介護推進体制加算 40単位】

【一月につきADL維持等加算Ⅰ 30単位】

【一月につきADL維持等加算Ⅱ 60単位】

※ADL維持等加算については(Ⅰ)か(Ⅱ)のいずれかになります。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

上記利用料金に介護職員等処遇改善加算Ⅱ(所定単位数に9%小数点以下四捨五入)を加算します。

#### 《要支援1の認定の方》

介護職員等処遇改善加算Ⅱ  $(1798+40) \times 0.09 = 165.42$  となり 165円

利用料金は $1798+40+165=2003$ 円

#### 《要支援2の認定の方》

介護職員等処遇改善加算Ⅱ  $(3621+40) \times 0.09 = 329.49$  となり 329円

利用料金は $3621+40+329=3990$ 円

#### 《要介護認定の方》

介護職員等処遇改善加算Ⅱ  $\{(1回あたりの単位+76) \times (利用回数)+40+20+30または60\} \times 0.09$

$(1回あたりの単位+76) \times 利用回数+40+介護職員等処遇改善加算Ⅱ=利用料金$

#### ②その他の費用

お茶代		無料
介護保険サービス外の通所介護利用	1回の利用につき	4500円
リハビリパンツ(1枚につき)		実費
尿とりパッド(1枚につき)		実費

#### ③交通費(実施地域以外の地域)

交通費(片道10km圏外の場合)	1回の利用につき	300円
------------------	----------	------

#### ④料金のお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月現金払いとなります。ご希望の方は口座引き落としでも可能です。

#### 4 サービスの利用方法

##### ①サービスの利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

##### ②サービス利用終了

- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合、希望する日の30日前までに文書でお申し出ください。
- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了3か月までに文書で通知いたします。

##### ③自動終了

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合。
- ・お客様が亡くなられた場合。

##### ④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、もしくは当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社より文書で通知することで、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・風邪や病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止する場合がございます。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

#### 5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医への連絡基準	サービスの提供中に容体の変化等があった場合、その他情報共有が必要と判断された場合。
-----------	---

#### 6 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者(介護予防にあっては地域包括支援センター)等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとなります。

#### 7 サービスに関する苦情

##### 【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	TEL:0949-29-3950 担当:宮崎 太佑
受付日	月曜日～金曜日(ゴールデンウィーク・お盆・年末年始を除く)
受付時間	午前8時15分～午後5時00分

## 【その他】

	郵便番号	住所	電話番号	FAX番号
直方市役所	822-0017	福岡県直方市殿町7-1	0949-25-2116	0949-29-9843
宮若市役所	823-0011	福岡県宮若市宮田29番地1	0949-32-0510	0949-32-9430
鞍手町役場	807-1392	福岡県鞍手郡鞍手町大字中山3705	0949-42-2111	0949-42-5693
小竹町役場	820-1192	福岡県鞍手郡小竹町大字勝野3167番地1	09496-2-1212	09496-2-1140
福岡県介護保険広域連合鞍手支部	823-0011	福岡県宮若市宮田68-5	0949-34-5046	0949-34-5047
北九州市八幡西区役所	806-8510	北九州市八幡西区黒崎3丁目15番3号	093-642-1442	093-622-6463
国民健康保険団体連合会	812-8521	福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号	092-642-7859	092-642-7856

## 8 提供するサービスの第三者評価の実施状況の有無

無

## 9 非常災害対策

- 1 事業所及びその従業者は、風水害、地震、火災等の非常災害に際して、利用者の安全確保を最優先とした避難、誘導等の措置を取るものとする。
- 2 事業所の従業者は、消火設備、救急品、避難器具等の備付け及びその使用方法並びに非常災害時の避難場所及び避難経路を熟知しておくものとする。
- 3 事業所の従業者は、非常災害等を発見又は発生の危険性を察知したときは、臨機の措置を取るとともに、所轄消防署に通報する等の適切な措置を講じるものとする。
- 4 防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、当該計画に基づく防災訓練（消火、避難等）を年に2回以上行うこととする。

**【会社概要】**

法人名	Grow Life 合同会社
設立	令和3年10月
所在地	福岡県朝倉郡筑前町朝日1071番地19
代表者	代表社員 宮崎 太佑 印
事業内容	通所介護

説明年月日	令和 年 月 日
-------	----------

<b>【事業所】</b>	所在地	福岡県直方市神正町4-23 敷田ビル5 1階
	名称	リハビリ専門デイサービス リハプラス (指定番号 4071702437)
	管理者	宮崎 太佑 印
	説明者	

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

<b>【利用者様氏名】</b>	印
<b>【代理人様氏名】</b>	(続柄: ) 印
著名代行理由	

## (1) 通所型サービス利用料金

要介護度	基本料金 (単位数)	利用者1割負担額 (円)	利用者2割負担額 (円)	利用者3割負担額 (円)
要支援1	1,798	1,798	3,596	5,394
要支援2	3,621	3,621	7,242	10,863

## (2) 科学的介護推進体制加算

単位数	利用者1割負担額 (円)	利用者2割負担額 (円)	利用者3割負担額 (円)
40	40	80	120

## (3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 単位数の9%加算

※利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価10円を乗じて算定し、利用者負担はその1割又は2割、3割の額となります。

## その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

オムツ代	実費（200円程度）
介護保険サービス外の通所介護利用（介護保険認定者のみ）	4500円

※ その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。

(1) 通常規模型通所介護

所要時間	要介護度	基本料金	計 (単位数)	利用者1 割負担額 (円)	利用者2 割負担額 (円)	利用者3 割負担額 (円)
3時間以上 4時間未満	要介護1	370	370	370	740	1,110
	要介護2	423	423	423	846	1,269
	要介護3	479	479	479	958	1,437
	要介護4	533	533	533	1,066	1,599
	要介護5	588	588	588	1,176	1,764

※上記の所要期間には、送迎時に居宅内で着替えや移乗、移動などに時間を要した場合には、30分を上限として含まれることがあります。

- (2) 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 76単位加算 (1日につき)
- (3) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位加算 (1月につき)
- (4) 科学的介護推進体制加算 40単位加算 (1月につき)
- (5) ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位加算 (1月につき)
- (6) ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位加算 (1月につき)
- (7) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 単位数の9%加算

※ADL維持等加算については(Ⅰ)か(Ⅱ)のいずれかになります。  
 ※利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価10円を乗じて算定し、利用者負担はその1割又は2割、3割の額となります。

その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

通常事業の実施地域 以外の地域に係る送 迎の追加費用	実施地域以外から片道10km以下のとき	無料
	実施地域以外から片道10kmを超えるとき	300円(往復)
オムツ代		実費 (200円程度)

※ その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。