

# 通所介護及び第1号事業

## 重要事項説明書

(令和6年6月1日改定)

リハビリセンター 溪

株式会社 リフレックス・ケア・サービス

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

#### 1、事業者

- (1) 会社名： 株式会社 リフラックス・ケア・サービス
- (2) 所在地： 加須市馬内 554-1
- (3) 電話番号： 0480-44-9876
- (4) 代表者名： 小椋 正格
- (5) 設立年月日： 平成 21 年 7 月 14 日

#### 2、事業所の概要

- (1) 事業所の種類： 指定通所介護事業所
- (2) 事業所の名称： リハビリセンター 溪
- (3) 事業所の所在地： 加須市馬内 554-1
- (4) 電話番号： 0480-44-9876
- (5) 施設長（管理者）： 高橋 祥正
- (6) 開設年月： 平成 21 年 10 月 1 日
- (7) 利用定員： 30 名

#### 3、事業者の運営方針

当施設では、支援介護が必要な方々に対して、お食事や入浴・生活の相談・リハビリ訓練などのサービスをご提供いたします。特にリハビリにおいては理学療法士が利用者様の状態に応じてリハビリプログラムを作成し、理学療法士または理学療法士に指導を受けた職員が共同して、個別リハビリを中心に実施させていただきます。また利用者様の好みを取り入れた、趣味やレクリエーションの実施、利用者様の社会的孤立感の解消、ご家族様の身体的・精神的負担の軽減を図り、利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。

#### 4、事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の実業の実施地域： 加須市、羽生市
- (2) 営業日及び営業時間
  - 営業日： 月曜日から土曜日（8月13日から8月16日、12月31日から1月3日は除く）
  - 受付時間： 8時30分から17時30分
  - サービス提供時間： 9時30分から16時40分

## 5、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置状況については指定基準を遵守いたします。

### 職 種

1、施設長（生活相談員兼務）	1名
2、生活相談員	2名
3、看護師	3名
4、介護職員	10名
5、機能訓練指導員	1名

## 6、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合
- ② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の7～10割が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

##### ① 入 浴

・入浴又はシャワー浴・清拭・足浴を行います。リフト浴を完備しているため、座位保持ができる方であれば、安心して入浴していただけるようスタッフが真心を込めて実施いたします。

##### ② 排 泄

・プライバシーを重視し排泄の介助を実施いたします。

##### ③ 機能訓練（日常動作訓練含む）

・理学療法士または理学療法士の指導を受けた職員により、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施いたします。

#### <サービス利用料金> （契約書第6条参照）

- ・1ヶ月の単位数の総計に国の定める地域区分に従い10.27円を乗じたものが介護保険給付の対象の料金となり、その1～3割及び10割が自己負担額となります。

【自己負担額】

1、 《1割負担の場合》

要支援1	1,847円	(1,798単位／1カ月あたり)
要支援2	3,719円	(3,621単位／1カ月あたり)

《2割負担の場合》

要支援1	3,694円	(1,798単位／1カ月あたり)
要支援2	7,438円	(3,621単位／1カ月あたり)

《3割負担の場合》

要支援1	5,541円	(1,798単位／1カ月あたり)
要支援2	11,157円	(3,621単位／1カ月あたり)

《10割負担の場合》

要支援1	18,464円	(1,798単位／1カ月あたり)
要支援2	37,186円	(3,621単位／1カ月あたり)

・通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ 平成30年4月より

(介護報酬総単位数×サービス別加算率4.3%×1単位の単価)

地域加算→10.27円／(1単位)

\* 利用時間7時間以上～8時間未満

《1割負担の場合》

要介護1	676円	(658単位／1回あたり)
要介護2	798円	(777単位／1回あたり)
要介護3	925円	(900単位／1回あたり)
要介護4	1,051円	(1,023単位／1回あたり)
要介護5	1,179円	(1,148単位／1回あたり)

《2割負担の場合》

要介護1	1,352円	(658単位／1回あたり)
要介護2	1,596円	(777単位／1回あたり)
要介護3	1,850円	(900単位／1回あたり)
要介護4	2,102円	(1,023単位／1回あたり)
要介護5	2,358円	(1,148単位／1回あたり)

《3割負担の場合》

要介護1	2,028円	(658単位／1回あたり)
------	--------	---------------

要介護2	2,394 円	(777 単位 / 1 回あたり)
要介護3	2,775 円	(900 単位 / 1 回あたり)
要介護4	3,153 円	(1,023 単位 / 1 回あたり)
要介護5	3,537 円	(1,148 単位 / 1 回あたり)

《10割負担の場合》

要介護1	6,758 円	(658 単位 / 1 回あたり)
要介護2	7,980 円	(777 単位 / 1 回あたり)
要介護3	9,243 円	(900 単位 / 1 回あたり)
要介護4	10,506 円	(1,023 単位 / 1 回あたり)
要介護5	11,789 円	(1,148 単位 / 1 回あたり)

- ・通所介護処遇改善加算Ⅴ 令和6年6月より  
(介護報酬総単位数×サービス別加算率6.4%×1単位の単価)  
地域加算→10.27 円 / (1 単位)

- 1、入浴介助加算(Ⅰ)(要介護の方のみ) 42 円 (40 単位 / 1 回あたり)
- 2、個別機能訓練加算(Ⅰ2)(要介護の方のみ) 58 円 (56 単位 / 1 回あたり)

3、上記料金表は、介護保険給付額を除いた自己負担額(1~2割)を表示しております。

4、その他の個人負担

- ・食事(おやつを含む) 770 円
- ・写真(1枚) 30 円

忘れた場合(施設に用意してあります。)

- ・リハビリパンツ 100 円
- ・紙オムツ 100 円
- ・パット 50 円
- ・バスタオル 30 円
- ・フェイスタオル 20 円

例) 7時間以上～8時間未満 要介護1(負担割合1割)の場合(1日利用の金額)

①介護保険適用分

要介護1+機能訓練加算+入浴介助加算=合計単位

658単位+56単位+40単位=754単位

(754単位×10.27円)×1割=775円

③ 介護保険適用外分

食事=770円

④ 1日利用の金額(ご利用者負担額) / 775円+770円=1,545円

\* ご契約者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます(償還払い)。また、また居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

\* 介護保険から給付費に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担金となります。

(サービスの概要と利用料金)

① 食事代(おやつを含む。)	770円
② おむつ・入浴時(お忘れになられた時は料金がかかります。)	
・リハビリパンツ・紙オムツ	各100円
・パット	50円
・バスタオル	30円
・フェイスタオル	20円

\* 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

\* 送迎においてサービス提供地域を超えた場合は、ガソリン代として超えたところから10キロ未満は300円、10キロ以上は500円別途利用者様の負担となります。

(3) 利用のお支払方法(契約書第6条参照)

前記(1)・(2)の料金・費用は、利用された1ヶ月分を翌月の10日までにご請求しますので25日までにお支払いください。

(4) 利用の中止・変更・追加(契約書第7・8条参照)

- ① 利用予定日の前に、義契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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者申し出て下さい。
- ② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

#### 7、(1) 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合には、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速やかに連絡いたします。

#### < 緊急連絡先 >

氏名：

住所：

電話番号：

続柄：

#### < 主治医 >

病院または診療所

医師名：

住所：

電話番号：

(2) 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8、相談・苦情の受付について（契約書第14条参照）

当事業所における相談・苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

※ 当事業所一相談・苦情受付窓口

担当 茂木 康子

受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：30

電話・FAX番号：0480-44-9876

※市町村一相談・苦情受付窓口

・加須市役所

電話番号：0480-62-1111（高齢者福祉担当）

・加須市騎西総合支所

電話番号：0480-73-1111(高齢者福祉担当)

・加須市大利根総合支所

電話番号：0480-72-1317（高齢者福祉担当）

・加須市北川辺総合支所

電話番号：0280-61-1204(高齢者福祉担当)

・羽生市役所

電話番号：048-561-1121（介護保険担当）

※埼玉県国民健康保険団体連合会

話番番号：048-824-2568（苦情相談専用番号）

FAX：048-824-2561

※第三者評価 実施なし。

以上、通所介護及び第 1 号事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に  
基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	事業者名	株式会社	リフラックス・ケア・サービス
	住 所	埼玉県加須市馬内	5 5 4 - 1
	代表者名	代表取締役	小椋 正格
	説明者	リハビリセンター	溪
	氏名		印

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所介護及び第 1 号事業についての重要事項  
の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者	住所：		
	氏名：		印

保証人	住所：		
	氏名：		印