

リハビリ特化型デイサービス よかところ

重要事項説明書

(有) トータルライフケア

令和6年6月1日

## 重要事項説明書

## 1 事業の概要

## (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	リハビリ特化型デイサービス よかところ
所在地	福岡県大牟田市新町 68-2
電話番号	0944-56-5117
FAX番号	0944-56-5101
事業所番号	4071503074
サービスを提供できる地域※	大牟田市・荒尾市・南関町・みやま市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

## (2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		あり	1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士	2名		あり	2名	介護相談受付
機能訓練指導員	作業療法士 理学療法士	1名 2名		あり	3名	訓練指導
介護・看護職員	看護師	1名	1名	あり	2名	健康管理 利用者の介護
	介護福祉士	3名	2名	なし	5名	
	ヘルパー2級 その他	0名	5名	なし	5名	
勤務時間	生活相談員 機能訓練指導員 看護職員 介護職員	8時30分～17時30分 8時30分～17時30分 8時30分～17時30分 8時30分～17時30分				

## (3) 当事業所の設備の概要

利用定員	35人	静養室	1室 1床
食堂兼機能訓練室	124.89 m <sup>2</sup>	相談室	1室
浴室	一般浴槽室 19.43 m <sup>2</sup>	送迎車	8台
脱衣室	15.4 m <sup>2</sup>		

## (4) サービスの提供時間帯

## ア. 要介護 7～8 時間以内利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 : 30～午後 17 : 30	午前 9 : 15～午後 16 : 20 までの 7～8 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日	

## イ. 要介護 6～7 時間以内利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 : 30～午後 17 : 30	午前 9 : 15～午後 16 : 20 までの 6～7 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日	

## ウ. 要介護 5～6 時間以内利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 : 30～午後 17 : 30	午前 9 : 15～午後 16 : 20 までの 5～6 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日	

## エ. 要介護 4～5 時間以内利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 ; 30～午後 17 : 30	午前 9 : 15～午後 16 : 20 までの 4～5 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日	

## オ. 要介護 3～4 時間以内利用の場合

	営業時間	サービス提供時間
平日(月～金)、祝日	午前 8 ; 30～午後 17 : 30	午前 9 : 15～午後 16 : 20 までの 3～4 時間以内での利用
土曜日・日曜日	定休日	
休業日	1 2 月 3 1 日～1 月 3 日	

## 2 当事業所の通所介護の特徴等

### (1) 運営の方針

当、センターは「生活に根ざした介護サービス」をモットーに個別対応を心がけ、自立した生活の獲得のために質の高い介護の提供を目指します。また、専門の療法士による機能訓練を充実させ、利用者様の生活全般の質の向上を目標に、積極的に取り組んで参ります。

### (2) サービス利用にあたって

#### ①利用当日に準備するもの

- ・ 移動補助具（杖・押し車・車椅子など普段使用しているもの）
- ・ 室内履き
- ・ 着替え・オムツ・尿とりパット（失禁などの不安がある方）・タオル・バスタオル
- ・ 連絡帳（初回ご利用時にお渡しします）
- ・ 薬（当日分）
- ・ 歯磨き道具（歯ブラシ・歯磨き粉・義歯ケースなど）

#### ②健康チェックについて

- ・ 利用日にはご自宅でも健康チェックを行ってください。風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・ 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。
- ・ 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。また、必要に応じて速やかに必要な措置を講じます。
- ・ 利用当日、ご利用者の健康状態に気になることがある場合は、当施設にご連絡ください。
- ・ 利用時間中に与薬が必要な場合は、看護師が管理します。服用する薬については薬局等が発行する薬の説明書（写し）も一緒にお預けください。

#### ③送迎の連絡方法

- ・ 送迎車運行予定表により所定の時間・場所に配車します。余裕をもって準備をお願いします。なお、道路の混雑状況や送迎者の乗降に想定外の時間がかかる場合があります、送迎車の到着が指定時間通りに着けない場合がありますが、ご了承ください。
- ・ また、所定の場所以外での乗り降りや送迎はできかねますのでご了承ください。
- ・ ご利用当日の欠席連絡等は、送迎出発前の8時00分までにお問い合わせいたします。

### (3) その他サービスの利用に当たっての留意事項

食事のキャンセル	前日までにご連絡ください。
時間変更、キャンセル	前日までにご連絡ください。
設備、器具の利用	本来の使用方法に従って丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。これに反した場合、弁償していただくことがあります。
飲酒・喫煙	施設での喫煙はお断りしております。 通所ご利用時間帯での飲酒についてはご遠慮願います。
貴重品の管理	金銭・貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。 貴重品は原則として自己管理で行っていただきます。事業所では貴重品の紛失には責任を負えませんのでご了承下さい。

### 3 サービス内容

- ①送迎 専門の介護スタッフが専用の送迎車による自宅間送迎を行います  
※ あらかじめ決められた場所以外での乗り降りはできません。
- ②食事 食事は任意です。
- ③入浴 一般入浴の見守り及び介助を行います
- ④機能訓練 専門の療法士が現状の能力を判断し、個別に計画したプログラムを実施します。
- ⑤生活相談 常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
- ⑥健康管理 看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて主治医又は医療機関と連携するなど、健康保持のための適切な措置を講じます。

### 4 利用料金

#### (1)利用料

1 単位の単価は福岡県の場合 10 円と設定されていますので、単位×単価(10 円)が利用料金になります。法定代理受領分であるときは利用料金に介護保険負担割合証に記入されている割合を乗じた額が自己負担額となります。

#### ① 通所介護

##### ア-1 通所介護サービス利用単位と自己負担(1 割の場合)

利用時間	3～4時間以内		4～5時間以内		5～6時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護1	370 単位	370 円	388 単位	388 円	570 単位	570 円
要介護2	423 単位	423 円	444 単位	444 円	673 単位	673 円
要介護3	479 単位	479 円	502 単位	502 円	777 単位	777 円
要介護4	533 単位	533 円	560 単位	560 円	880 単位	880 円
要介護5	588 単位	588 円	617 単位	617 円	984 単位	984 円

利用時間	6～7時間以内		7～8時間以内		8～9時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護1	584 単位	584 円	658 単位	658 円	669 単位	669 円
要介護2	689 単位	689 円	777 単位	777 円	791 単位	791 円
要介護3	796 単位	796 円	900 単位	900 円	915 単位	915 円
要介護4	901 単位	901 円	1,023 単位	1,023 円	1,041 単位	1,041 円
要介護5	1,008 単位	1,008 円	1,148 単位	1,148 円	1,168 単位	1,168 円

イ-1 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担
生活相談員配置等加算	13 単位／1 日につき	13 円／1 日につき
個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位／1 日につき	56 円／1 日につき
個別機能訓練加算 (I) ロ	76 単位／1 日につき	76 円／1 日につき
個別機能訓練加算 (II)	20 単位／1 月につき	20 円／1 月につき
中重度者ケア体制加算	45 単位／1 日につき	45 円／1 日につき
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算算定)	200 単位／1 月につき 100 単位／1 月につき	200 円／1 月につき 100 単位／1 月につき
ADL 維持等加算 I	3 単位／1 月につき	3 円／1 月につき
ADL 維持等加算 II	6 単位／1 月につき	6 円／1 月につき
認知症加算	60 単位／1 日につき	60 円／1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	60 単位／1 日につき	60 円／1 日につき
栄養改善加算 (1 月に 2 回まで)	150 単位／1 日につき	150 円／1 日につき
栄養スクリーニング加算 (6 月に 1 回まで)	5 単位／1 回につき	5 円／1 回につき
口腔機能向上加算 I (1 月に 2 回まで)	150 単位／1 日につき	150 円／1 日につき
口腔機能向上加算 II (原則 3 月以内、月 2 回を限度)	160 単位／1 日につき	160 円／1 日につき
入浴介助加算 I	40 単位／1 日につき	40 円／1 日につき
入浴介助加算 II	55 単位／1 日につき	55 円／1 日につき
科学的介護推進体制加算	40 単位／1 月につき	40 円／1 月につき
介護職員等処遇改善加算 II	当該月の総利用単位数の 9.0%。	
送迎未利用時の減算	47 単位／片道につき	47 円／片道につき
サービス提供体制強化加算 I イ	18 単位／1 回につき	18 円／1 回につき
サービス提供体制強化加算 I ロ	12 単位／1 回につき	12 円／1 回につき
サービス提供体制強化加算 II	6 単位／1 回につき	6 円／1 回につき

ア-2 通所介護サービス利用単位と自己負担(2 割の場合)

利用時間	3～4 時間以内		4～5 時間以内		5～6 時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護 1	740 単位	740 円	776 単位	776 円	1,140 単位	1,140 円
要介護 2	846 単位	846 円	888 単位	888 円	1,346 単位	1,346 円
要介護 3	958 単位	958 円	1,004 単位	1,004 円	1,554 単位	1,554 円
要介護 4	1,066 単位	1,066 円	1,120 単位	1,120 円	1,760 単位	1,760 円
要介護 5	1,176 単位	1,176 円	1,234 単位	1,234 円	1,968 単位	1,968 円

利用時間	6～7時間以内		7～8時間以内		8～9時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護1	1,168 単位	1,168 円	1,316 単位	1,316 円	1,338 単位	1,338 円
要介護2	1,378 単位	1,378 円	1,554 単位	1,554 円	1,582 単位	1,582 円
要介護3	1,592 単位	1,592 円	1,800 単位	1,800 円	1,830 単位	1,830 円
要介護4	1,802 単位	1,802 円	2,046 単位	2,046 円	2,082 単位	2,082 円
要介護5	2,016 単位	2,016 円	2,296 単位	2,296 円	2,336 単位	2,336 円

## イ-2 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担
生活相談員配置等加算	26 単位/1 日につき	26 円/1 日につき
個別機能訓練加算 (I) イ	112 単位/1 日につき	112 円/1 日につき
個別機能訓練加算 (I) ロ	152 単位/1 日につき	152 円/1 日につき
個別機能訓練 (II)	40 単位/1 月につき	40 円/1 月につき
中重度者ケア体制加算	90 単位/1 日につき	90 円/1 日につき
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算算定)	400 単位/1 月につき 200 単位/1 月につき	400 円/1 月につき 200 円/1 月につき
ADL 維持等加算 I	6 単位/1 月につき	6 円/1 月につき
ADL 維持等加算 II	12 単位/1 月につき	12 円/1 月につき
認知症加算	120 単位/1 日につき	120 円/1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	120 単位/1 日につき	120 円/1 日につき
栄養改善加算 (1 月に 2 回まで)	300 単位/1 日につき	300 円/1 日につき
栄養スクリーニング加算 (6 月に 1 回まで)	10 単位/1 回につき	10 円/1 回につき
口腔機能向上加算 I (1 月に 2 回まで)	300 単位/1 日につき	300 円/1 日につき
口腔機能向上加算 II (原則 3 月以内、月 2 回を限度)	320 単位/1 日につき	320 円/1 日につき
入浴介助加算 I	80 単位/1 日につき	80 円/1 日につき
入浴介助加算 II	110 単位/1 日につき	110 円/1 日につき
科学的介護推進体制加算	80 単位/1 月につき	80 円/1 月につき
介護職員等処遇改善加算 II	当該月の総利用単位数の 9.0%。	
送迎未利用時の減算	94 単位/片道につき	94 円/片道につき
サービス提供体制強化加算 I イ	36 単位/1 回につき	36 円/1 回につき
サービス提供体制強化加算 I ロ	24 単位/1 回につき	24 円/1 回につき
サービス提供体制強化加算 II	12 単位/1 回につき	12 円/1 回につき

## ア-3 通所介護サービス利用単位と自己負担(3割の場合)

利用時間	3～4時間以内		4～5時間以内		5～6時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護1	1,110 単位	1,110 円	1,164 単位	1,164 円	1,710 単位	1,710 円
要介護2	1,269 単位	1,269 円	1,332 単位	1,332 円	2,019 単位	2,019 円
要介護3	1,437 単位	1,437 円	1,506 単位	1,506 円	2,331 単位	2,331 円
要介護4	1,599 単位	1,599 円	1,680 単位	1,680 円	2,640 単位	2,640 円
要介護5	1,764 単位	1,764 円	1,851 単位	1,851 円	2,952 単位	2,952 円
利用時間	6～7時間以内		7～8時間以内		8～9時間以内	
	利用料	自己負担	利用料	自己負担	利用料	自己負担
要介護1	1,752 単位	1,752 円	1,974 単位	1,974 円	2,007 単位	2,007 円
要介護2	2,067 単位	2,067 円	2,331 単位	2,331 円	2,373 単位	2,373 円
要介護3	2,388 単位	2,388 円	2,700 単位	2,700 円	2,745 単位	2,745 円
要介護4	2,703 単位	2,703 円	3,069 単位	3,069 円	3,123 単位	3,123 円
要介護5	3,024 単位	3,024 円	3,444 単位	3,444 円	3,504 単位	3,504 円

## イ-3 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担
生活相談員配置等加算	39 単位/1日につき	39 円/1日につき
個別機能訓練加算 (I) イ	168 単位/1日につき	168 円/1日につき
個別機能訓練加算 (I) ロ	228 単位/1日につき	255 円/1日につき
個別機能訓練加算 (II)	60 単位/1月につき	60 円/1月につき
中重度者ケア体制加算	135 単位/1日につき	135 円/1日につき
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算算定)	600 単位/1月につき 300 単位/1月につき	600 円/1月につき 300 単位/1月につき
ADL維持等加算 I	9 単位/1月につき	9 円/1月につき
ADL維持等加算 II	18 単位/1月につき	18 円/1月につき
認知症加算	180 単位/1日につき	180 円/1日につき
若年性認知症利用者受入加算	180 単位/1日につき	180 円/1日につき
栄養改善加算 (1月に2回まで)	450 単位/1日につき	450 円/1日につき
栄養スクリーニング加算 (6月に1回まで)	15 単位/1回につき	15 円/1回につき
口腔機能向上加算 (1月に2回まで)	450 単位/1日につき	450 円/1日につき
口腔機能向上加算 II (原則3月以内、月2回を限度)	480 単位/1日につき	480 円/1日につき
入浴介助加算 I	120 単位/1日につき	120 円/1日につき
入浴介助加算 II	165 単位/1日につき	165 円/1日につき
科学的介護推進体制加算	120 単位/1月につき	120 円/1月につき

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	当該月の総利用単位数の9.0%。	
送迎未利用時の減算	141 単位／片道につき	141 円／片道につき
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	54 単位／1 回につき	54 円／1 回につき
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	36 単位／1 回につき	36 円／1 回につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位／1 回につき	18 円／1 回につき

ウその他の費用

\*以下の料金をご契約者様の全額負担となります。

食事代	600 円／1 食	
おむつ代	100 円／1 枚	
口腔ケア用スポンジ	20 円／1 本	
教養娯楽費	レク・クラブ活動費用	実費
その他	上記の他、日常生活上必要なものであって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められるもの。	

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、再度、この別紙の内容を変更し、利用者と事業者の双方の合意に基づいて再度契約するものとします。

(2) 料金の支払方法

- ア 銀行または郵便局による自動引き落としの場合当月の請求書と前月分の領収書を20日前後にお渡しし、引き落としは、毎月末日頃にさせていただきます。  
(※やむを得ない事情で引き落としできない場合は、翌月にまとめて引き落としさせていただきます。)

イ その他現金でのお支払いの場合

基本利用料及び付加サービスの利用料については利用日に一か月分の自己負担額を一括でお支払い下さい。また、利用月ごとに「4-(2)」その他の利用料をお支払い下さい。翌月の20日までに翌月請求書とともに領収書を発行いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずはお電話等でお申し込み下さい。当事業所の職員がお伺いします。

※ 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員又は地域包括支援センターとご相談下さい。

(2) サービス終了

- ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の7日間前までに、お申し出ください。
- イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様がなくなられた場合。

エ その他

- ・お客様やご家族などが当事業所や当事業所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、文書で通知することにより、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。

## 6 サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 鍋田 浩實

電話 0944-56-5117

受付日 日曜日を除く年中（ただし、12月31日～1月3日、を除く）

受付時間 午前8時30～午後17時30分

(2) 苦情処理体制

別途定める利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要の通り。

(3) その他

当事業所以外に、熊本県の国民健康保険団体連合などの相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

## 7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（介護事業者賠償責任保障契約）

大牟田市保健福祉部健康福祉推進室福祉課	0944-41-2683
玉名市高齢介護課	0968-75-1339
南関町福祉課国民健康保険係	0968-53-1111
みやま市介護保険係	0944-64-1555
福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口	092-642-7859
熊本県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口	096-365-0329

## 8 非常災害対策

防災時の対応	防災計画による
防災設備	火災報知機及び消火器を設置
防災訓練	年2回実施
防火責任者	隅倉 真由美

9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、お客様又はご家族の個人情報を用います。

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名	有限会社 トータルライフケア
事業所名	リハビリ特化型デイサービス よかところ
事業所所在地	福岡県大牟田市新町68-2
管理者	隅倉 真由美

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面により事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_

説明・同意日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日