

# 通所介護(通所型サービス、通所型短期集中予防サービス)重要事項説明書

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 047-701-5121 (8時30分～17時30分まで)

担当者 \_\_\_\_\_

## 2 リハビリサロンたんぽぽの概要

### (1) 施設の名称・所在地等

名称	リハビリサロンたんぽぽ
所在地	松戸市五香南2-18-5
出張所	リハビリサロンたんぽぽ五香
所在地	松戸市五香4-54-20
サービス	通所介護、通所型サービス 通所型短期集中予防サービス(単一型、機能強化型、訪問型)
事業者番号	1271208868
送迎サービスを提供する対象地域	通所介護(松戸市、柏市、鎌ヶ谷市) 通所型サービス(松戸市、鎌ヶ谷市) 通所型短期集中予防サービス(松戸市)

### (2) 職員体制

職員		業務内容
管理者	1名	事業管理全般
生活相談員	1名以上	相談業務等
機能訓練指導員	2名以上	リハビリ等
看護師	1名以上	体調管理
介護職員	2名以上	介護全般

### (3) 事業所の設備等

定員	20名	静養室	1床
食堂兼機能訓練室	60.76㎡	相談室	1室
浴室	あり	送迎車	3台

### (4) 出張所の設備等

定員	20名	静養室	2床
食堂兼機能訓練室	80.02㎡	相談室	1室
浴室	あり	送迎車	2台

### (5) 営業時間及びサービス提供時間

月～土、祝日	営業時間 8時30分～17時30分
月～土、祝日	サービス提供時間 9時00分～17時00分

## 3 提供するサービス内容

- ① 送迎                      ② 機能訓練                      ③ 体調確認                      ④ 食事  
⑤ 入浴                      ⑥ レクリエーション                      ⑦ 生活相談

## 4 料金

### (1) 基本料金 (介護給付)

- ① 利用料 1日当り(総合事業対象者、要支援は1ヶ月当り)  
通常規模通所介護

	1割負担の場合 3～4時間	1割負担の場合 8～9時間
総合事業対象者 (週1回)	1,878円/月	1,878円/月
総合事業対象者 (週2回)	3,783円/月	3,783円/月
要支援1	1,878円/月	1,878円/月
要支援2	3,783円/月	3,783円/月
要介護1	386円/回	699円/回
要介護2	442円/回	826円/回
要介護3	500円/回	956円/回
要介護4	557円/回	1,087円/回
要介護5	614円/回	1,220円/回

## ② 加算料金

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	79円/回	158円/回	238円/回
個別機能訓練加算Ⅱ	20円/月	41円/月	62円/月
入浴介助加算Ⅰ	41円/回	83円/回	125円/回
入浴介助加算Ⅱ	57円/回	115円/回	172円/回
送迎減算(片道)	-49円/日	-98円/日	-147円/日
科学的介護推進体制加算	41円/月	83円/月	125円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定の単位数に介護保険法で定められた加算率を乗じた料金		

※ 1円単位での誤差が生じる場合がございますのでご了承ください

## (2) その他自己負担となるもの

- ① 飲料費                      100円 /1日  
② おむつ代                      150円 /1枚  
③ パット代                      100円 /1枚  
④ 食事代                      650円 /1食  
⑤ バスタオル代                      50円 /1枚  
⑥ フェイスタオル代                      30円 /1枚  
⑦ 前条に掲げる介護以外のサービス利用に係る費用は、別途徴収する。

毎月15日までに前月分の請求を致しますので、翌月末日以内にお支払い下さい。  
お支払い頂きますと、領収書を発行します。  
お支払い方法は、口座自動引落とし、現金集金のいずれかをご契約の際に選べます。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

事前に介護支援専門員・地域包括支援センター職員とご相談頂き、介護支援専門員・地域包括支援センター職員よりサービスの提供依頼をお受けした後、契約を結び、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

- ① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。
- ② 事業者の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等止むを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知致します。
- ③ 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致します。  
・ご利用者様が、介護保険施設等に入所された場合  
・ご利用者様の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合  
・ご利用者様が、お亡くなりになった場合

### ④ その他

- ・事業者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、ご利用者様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が倒産した場合、ご利用者様は、文書で解約を通知することによって、直ちに、サービスを終了することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払を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、7日以内に支払わない場合、またはご利用者様あるいはご家族様等が事業者または職員に対して、本契約を継続し難い程の背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させて頂く場合がございます。

6 事業所の通所介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者様が要介護状態となった場合においても、その利用者様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の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に努めます。また事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図りながら、サービスの提供に努めます。

(2) サービスの利用のために

項目	有無	備考
土曜・祝日実施	有	日曜日、年末年始休業
時間の延長	無	
職員への研修	有	毎月1回の研修・会議を実施
送迎	有	希望により実施
食事	有	昼食・おやつ
入浴	有	希望により実施
機能訓練	有	リハビリ等を実施
口腔機能向上	有	適切なサービスの実施

7 緊急時の対応

事業者は、現に通所介護の提供を行っている時に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医・介護支援専門員・地域包括センター職員に連絡を取る等、必要な対処を講じます。

緊急連絡先		
家 族 等	氏名	
	電話番号	
	電話番号	
主 治 医	病院名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

8 非常災害対策

非常災害に備えるため、避難体制を整え、年2回の避難訓練を行います。

- ・避難誘導担当 ー ー ー 生活相談員
- ・避難救助担当 ー ー ー 介護職員、看護師
- ・消火担当 ー ー ー 管理者、機能訓練指導員 (最終確認含む)

9 サービス内容に関する苦情

通所介護に関する相談・要望・苦情等は、生活相談員または管理者まで申し出下さい。

① サービス相談窓口

電話番号: 047-701-5121 担当者:高橋 敏親  
電話番号: 047-700-5331(出張所) 担当者:森 由美子

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・松戸市福祉長寿部 介護保険課 給付班 電話 047-366-7067
- ・柏市保健福祉部 介護保険管理室 電話 04-7167-1134
- ・鎌ヶ谷市高齢者支援課 介護保険係 電話 047-445-1141

10 個人情報に関する同意

通所介護契約時に必要な情報、介護給付に必要な情報、今後サービス継続に当り必要な情報等の共有を認めて頂きます。

- ① 契約に伴い、サービスに必要とされる利用者・介護者様の情報
- ② 介護給付に伴う請求上、必要となる情報
- ③ 緊急時、救急対応時に必要な情報
- ④ 介護機関へ必要となる情報の共有化
- ⑤ 医療上必要性があると判断した場合の医療機関との連携
- ⑥ 介護支援専門員・地域包括支援センター職員との連携上、必要な情報
- ⑦ 事業所内における、ケース検討会議での情報の共有化  
(但し、事前に利用者または介護者様より了承頂いた上で使用)

重要事項の説明・個人情報に関する同意

令和 年 月 日

通所介護のサービス提供開始に当り、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、「重要事項」「個人情報に関する同意」を説明致しました。

契約者氏名 株式会社たんぼぼ介護サポートセンター  
代表取締役 中川 貴矩 印

事業所名 リハビリサロンたんぼぼ  
住 所 松戸市五香南2-18-5  
出張所名 リハビリサロンたんぼぼ五香  
住 所 松戸市五香4-54-20  
説明者 所 属 通所介護  
通所型サービス  
(単一型、機能強化型、訪問型)

氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての「重要事項」「個人情報に関する同意」の説明を受けました。

利 用 者  
住 所  
氏 名 印

(代 理 人)  
住 所  
氏 名 印

家 族  
住 所  
氏 名 印