

通所介護重要事項説明書  
< 令和6年4月1日現在 >

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 住心
代表者名	山下 佑介
所在地・連絡先	(住所) 熊本県八代市海士江町 3340 番地 5 (電話) 0965 - 35 - 8277 (Fax) 0965 - 31 - 5133

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	つばきリハビリセンター
所在地・連絡先	(住所) 熊本県八代市西片町 1735-1 (電話) 0965 - 45 - 9666 (Fax) 0965 - 45 - 9539
事業所番号	4370202964
管理者の氏名	田中 裕
利用定員	35 名

(2) 事業所の職員体制

従業員の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数 (人)	職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)		
管理者	1	1	0	0.2	管理
生活相談員	3	3	0	1.0	相談
介護職員	10	3	7	3.3	介護
看護職員	3	1	0	1.0	看護
機能訓練指導員	5	2	0	1.8	機能訓練

(3) 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
管理者	常勤 1 名	勤務表に準ずる
生活相談員	常勤 1 名以上	勤務表に準ずる
介護職員	常勤 1 名以上	勤務表に準ずる
看護職員	常勤 1 名以上	勤務表に準ずる
機能訓練指導員	常勤 1 名以上	勤務表に準ずる

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	通常の事業の実施地域は、八代市、八代郡とする。 (但し、事業所より片道 20 分圏内)
---------	--

\* 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 営業日

営業日	日曜日・12月31日～1月3日以外は営業
-----	----------------------

3 サービス内容

(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	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事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ともに、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。 <当施設の保有するリハビリ器機> ・ホットパック ・免荷式リフト POPO ・スーパーカイン (低周波治療器) ・ローイング ・メドマー 他 ・プーリー他
生 活 指 導	利用者の生活面での指導・援助を行います。
レクレーション	利用者の身体状況に応じたレクレーションを行います。
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。 送迎サービスの利用は任意です。

<費用>

- ・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、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ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証を発行します

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 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。

(注) 通所介護を欠席されるにあたり、前日の17時以降もしくは当日の朝ご連絡があった場合は昼食代を請求させていただきます。

○ 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関わる費用であって、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。

○ キャンセル料

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
当日キャンセルの場合	無料

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたします。その後15日にご指定の口座より引き落としをさせていただきます。

\*入金確認後、領収証を発行します。

4 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	田中 裕
	ご利用時間	8:30～ 17:30
	ご利用方法	電話 0965 - 45 - 9666
		Fax 0965 - 45 - 9539

## 5 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等があった場合は、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所等へ連絡をします。

主治医	病院名及び所在地	
	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	

緊急時連絡先 (家族等)	氏 名 (続柄)	
	住 所	
	電話番号	

## 6 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表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により破損などが生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 決められた場所以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。
- 施設内でのほかの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、通所介護の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（乙） 乙：事業者住所 熊本県八代市海士江町 3340 番地 5  
事業者名 株式会社 住心  
代表者名 代表取締役 山下 佑介 印  
住 所 熊本県八代市西片町 1735-1  
事業所名 つばきリハビリセンター  
事業所番号 4370202964

説明者 職 名 管理者  
氏 名 田中 裕 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、通所介護の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（甲） 住 所  
氏 名 印

代理人（選任した場合） 住 所  
氏 名 印