**リハタイム蒲生の概要**

１　事業所の名称及び所在地

名　　　　　称　リハタイム蒲生

　　　　　所　　在　　地　〒３４３－０８４３　埼玉県越谷市蒲生茜町４２－３　臼倉マンション１F

　　　　　電　話　番　号　０４８－９１８－３２０８

　　　　　事業者番号　　　１１９０８００８９４

　　　　　サービス種別　　通所介護　通所介護相当サービス

２　営業日及び営業時間

　　　　　営業日　　　　　　　月曜日から金曜日

　　　　　営業時間　　　　　　８時００分～１７時３０分

　　　　　サービス提供時間　　９時００分～１２時００分、１３時３０分～１６時３０分

　　　　　連絡体制　　　　　　電話等により適宜連絡の取れる体制をとる。

３　通常の事業の実施地域

　　　　　越谷市

４　従業員の職種、員数及び職務内容

　　　　　　管理者　１人（常勤兼務）

事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の

規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

生活相談員　１人以上

利用者及び家族等からの相談に応じ、従業者に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との

連絡調整等を行う。

介護職員　１人以上

介護職員は、機能訓練に伴って必要な介助及び援助を行う。

看護職員　1人以上

看護職員は、ご利用者の健康状態などを把握し必要な処置を行う。

機能訓練指導員　１人以上

機能の減衰を防止するための訓練を行う。

**５　 秘密保持**

利用者及びその家族の個人情報は、あらかじめ文書にて同意を得ない限り、サービス担当者会議等において用いません。

**６ 事故発生時の対応**

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅支援事業者（地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

**７　利用料について**

通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が

法定代理受領サービスである時は、その１割または２割、3割の額とします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所介護利用料金 | | | | | |
| 令和6年4月1日改正 | | | 地域 | 6級地 | 地域区分 | 10.27 |
| 3時間～4時間 | | 単位数 | 利用料 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
| 要介護１ | | 370単位 | 3,799円 | 380円 | 760円 | 1,140円 |
| 要介護２ | | 423単位 | 4,344円 | 435円 | 869円 | 1,304円 |
| 要介護３ | | 479単位 | 4,919円 | 492円 | 984円 | 1,476円 |
| 要介護４ | | 533単位 | 5,473円 | 548円 | 1,095円 | 1,642円 |
| 要介護５ | | 588単位 | 6,038円 | 604円 | 1,208円 | 1,812円 |
|  | |  |  |  |  |  |
| 種　　　類 | | 単位数 | 利用料 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
| 送迎減算 | | -47単位 | -482円 | -49円 | -97円 | -145円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ | | 76単位／回 | 780円 | 78円 | 156円 | 234円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | | 56単位／回 | 575円 | 58円 | 115円 | 173円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | | 150単位／月2回 | 1,540円 | 154円 | 308円 | 462円 |
| 科学的介護推進体制加算 | | 40単位／月 | 410円 | 41円 | 82円 | 123円 |
| 処遇改善加算（Ⅱ） | | 総単位数に9.0％上乗せした金額が加算されます。 | | | | |

通所介護相当サービス利用料金（1月あたり）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和6年4月1日改正 | | 地域 | 6級地 | 地域区分 | 10.27 |
| 3時間～4時間 | 単位数 | 利用料 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
| 要支援１・事業対象者 | 1,798単位 | 18,465円 | 1,847円 | 3,693円 | 5,540円 |
| 要支援２ | 3,621単位 | 37,187円 | 3,719円 | 7,438円 | 11,157円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　　　類 | 単位数 | 利用料 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
| 送迎減算 | -47単位 | -482円 | -49円 | -97円 | -145円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位／月１回 | 1,540円 | 154円 | 308円 | 462円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位／月 | 410円 | 41円 | 82円 | 123円 |
| 処遇改善加算（Ⅱ） | 総単位数に9.0%上乗せした額が加算されます。 | | | | |

**保険外サービス**

飲み物の提供を受ける方は、飲み物代1日あたり130円が必要となります。

**8　サービス内容に関する相談・苦情窓口について**

　事業所　苦情・相談窓口（担当：管理者）

　電話番号　０４８－９１８－３２０８

　受付時間　月曜日～金曜日（９時００分～１７時３０分）

**その他の苦情・相談窓口**

　越谷市介護保険課　　０４８－９６３－９３０５　　受付時間　８時３０分～１７時１５分

　埼玉県国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口

　電話　０４８－８２４－２５６８　　受付時間　８時３０分～１７時３０分