**リハタイム南越谷の重要事項**

１　事業所の名称及び所在地

名　　　　　称　リハタイム南越谷

　　　　　所　　在　　地　〒３４３－０８２１　埼玉県越谷市瓦曽根２－８－６６

　　　　　電　話　番　号　０４８－９１８－２１１３

　　　　　事業者番号　１１７０８０４９３２

　　　　　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。

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。

看護職員　1人以上

　　　 　　　看護職員は、ご利用者様の健康状態などを把握し必要な処置を講ずることを行う。

**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6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 | 780円 | 78円 | 156円 | 234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％上乗せした金額が加算されます。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和6年6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 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位 | 410円 | 41円 | 82円 | 123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 |
| 送迎減算 | -47単位 | -482円 | -49円 | -97円 | -145円 |
| 処遇改善加算（Ⅱ） | 総単位数に9%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　０４８－９１８－２１１３

　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