

地域密着型通所介護説明書

1 サービスの内容

- (1)「通所介護」は、事業者が管理運営する、当該施設に通い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法・作業療法その他必要な介護支援サービスを提供する施設です。
- (2)事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3)サービス提供にあたっては、「通所介護計画及び個別機能訓練実施計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地	福山市東深津町2丁目8-5		
	名称	運動特化型リハビリセンター REHA IRO	電話	(084) 979-4886
	日程	月・火・水・木・金 午前の部：9時00分～12時00分 午後の部：13時30分～16時30分 (3時間以上4時間未満)		

※祝祭日・お盆（8/13-8/15）・年末年始（12/30-1/4）は定休日とさせていただきます。

※自然災害時、地域密着型通所介護は中止または、時間短縮される場合があります。

2 サービス提供の記録等

- (1)サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「通所介護計画書・提供記録書」の書面に必要事項を記入して、利用者の同意、日付を記載し確認(確認印)を受けます。
- (2)事業者は、1か月ごとに「地域密着型通所介護計画書・提供記録書」の内容に沿って、サービス提供の状況・目標達成等の状況等に関する「地域密着型通所介護計画書・評価書」の記録を作成して、利用者に説明のうえ交付(するとともに、介護支援事業者に提出)します。
- (3)事業者は、「地域密着型通所介護計画・提供記録書」その他の記録を作成完了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、その写しを交付します。

3 運営に関する基準

1. 感染症対策体制
事業所において感染症または、食中毒が発生しないよう、施設管理者が中心となり介護職員、その他従業員に感染予防対策の周知徹底をはかる。
2. 虐待防止
利用者に対する身体的暴力、若しくは、言葉による精神的暴力が決して行なわれる事のないよう、介護職員、その他従事者への指導管理を徹底させる。

4 サービス提供責任者等

- (1)サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

連絡先（電話）：084-979-4886(施設管理者)

5 利用者負担金

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- (2) 自己負担の費用として請求させて頂く項目
 - ※飲水代（施設利用中に提供）150円（1回）、
 - ※物理療法代（水素吸入に係る交換費）400円(1本：カニューレ代)
 - ※作業・レクリエーション代（要相談）必要者のみ
 - ※フットケア：5500円（希望者のみ）
（物価の上昇により料金の変更がありますのでご了承ください）
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)
- (4) 利用者負担金は、月末締めにて翌月初めに請求書をお渡しいたします。現金にてお支払いいただきますようお願いいたします。

6 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話）： 084-979-4886（施設受付）
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

7 その他

重要事項説明書（居宅サービス）

1 事業所の概要

事業所名	運動リハビリ特化型デイサービス REHA IRO（リハイロ）	
所在地	福山市東深津町2丁目8-5	
提供可能サービス及び 介護保険事業所番号	・地域密着型通所介護	《事業所番号》 3491502351

サービス提供地域福山市内

2 営業時間

サービス種類	
地域密着型通所介護 介護予防相当通所事業	(月・火・水・木・金) 8:30~17:30

(注) お盆(8/13.14.15)・年末年始(12/30~1/4)は「休祝日」の扱いとなります。

3 サービス利用料及び利用者負担

(1) 通所介護

基本 料金		3時間～ 4時間未満
	要介護 1	416 単位
	要介護 2	478単位
	要介護 3	540単位
	要介護 4	600単位
	要介護 5	663単位

加算項目	単位	算定条件
個別機能訓練実施加算	(I) イ 56単位/日	専従の機能訓練指導員を1名以上配置 (配置時間の定めなし)
	(I) ロ 76単位/日	イに加え、専従の機能訓練指導員を1名 以上配置 (配置時間の定めなし) ※機能訓練指導員2名以上
科学的介護推進体制加算	40単位/月	計画書等の情報を3ヶ月に1回の頻度で厚生 労働省に提出。

口腔機能向上加算 (算定要件) 言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置。 利用者の口腔機能を把握し、言語聴覚士、歯科衛生士が共同して口腔機能改善管理計画書に従い口腔機能向上サービスを行い、記録する。	(I) 150単位/回	左記の条件を満たす
	(II) 160単位/回	厚生労働省への必要な情報の提出。
	*要介護3月以内の期間に限り月2回まで	
ADL維持加算	(I) 30単位/月	・利用者（該当する事業所の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10名以上 ・評価対象者全員について、利用開始月と該当月の翌月から起算して6ヶ月目において、バーセルインデックスを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省にLIFEを活用して提出する。
	(II) 60単位/日	・利用開始月の翌月から起算して6ヶ月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得（調整済ADL利得）の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が1以上 (I) もしくは2以上 (II)
送迎減算	47単位/回	片道につき
サービス提供体制強化加算	(I) 22単位/回	・介護スタッフのうち、介護福祉士の占める割合が70%以上または介護スタッフのうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上
	(II) 18単位/回	・介護スタッフのうち、介護福祉士の占める割合が50%以上
処遇改善加算I	右記参照	介護サービス費合計単位×5.9%×地域区分単位単価が本加算の総額となり、1割～3割の負担割合証に応じた額が利用者様の負担となります。
特定処遇改善加算II	右記参照	経験・技能のある職員に重点化を図る処遇改善の加算。介護サービス費合計単位×1.0×地域区分単位単価が本加算の総額となり、1割～3割の負担割合証に応じた額が利用者様の負担となります。
ベースアップ等支援加算	右記参照	経験・技能のある職員に重点化を図る処遇改善の加算。介護サービス費合計単位×1.1×地域区分単位単価が本加算の総額となり、1割～3割の負担割合証に応じた額が利用者様の負担となります
改定後) 介護処遇改善加算II	右記参照	資格や勤続年数に応じた昇給の仕組みの整備。 介護サービス費合計単位×9.0×地域区分単位単価が本加算の総額となり、1割～3割の負担割合証に応じた額が利用者様の負担となります。

(5) その他

ア. 自己負担金のお支払方法

毎月末日締めにて、翌月10日前後に請求書をお渡しいたします。現金もしくは振込にてお支払いいただけますようお願いいたします。

イ. 上記の利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9割)を請求することになります。

*介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

4 キャンセル

(1)利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

全体窓口(連絡先) (電話) : 084-979-4886 (施設受付)

(2)各サービス説明書の項でキャンセルの詳細は記載しております。

(3)キャンセル料はかかりません。

5 当社のサービスの方針等

ご利用者が「いつまでも自分自身の足で歩き」一人の人間として、充実した生活が送れるように支援する。

6 相談窓口、苦情対応

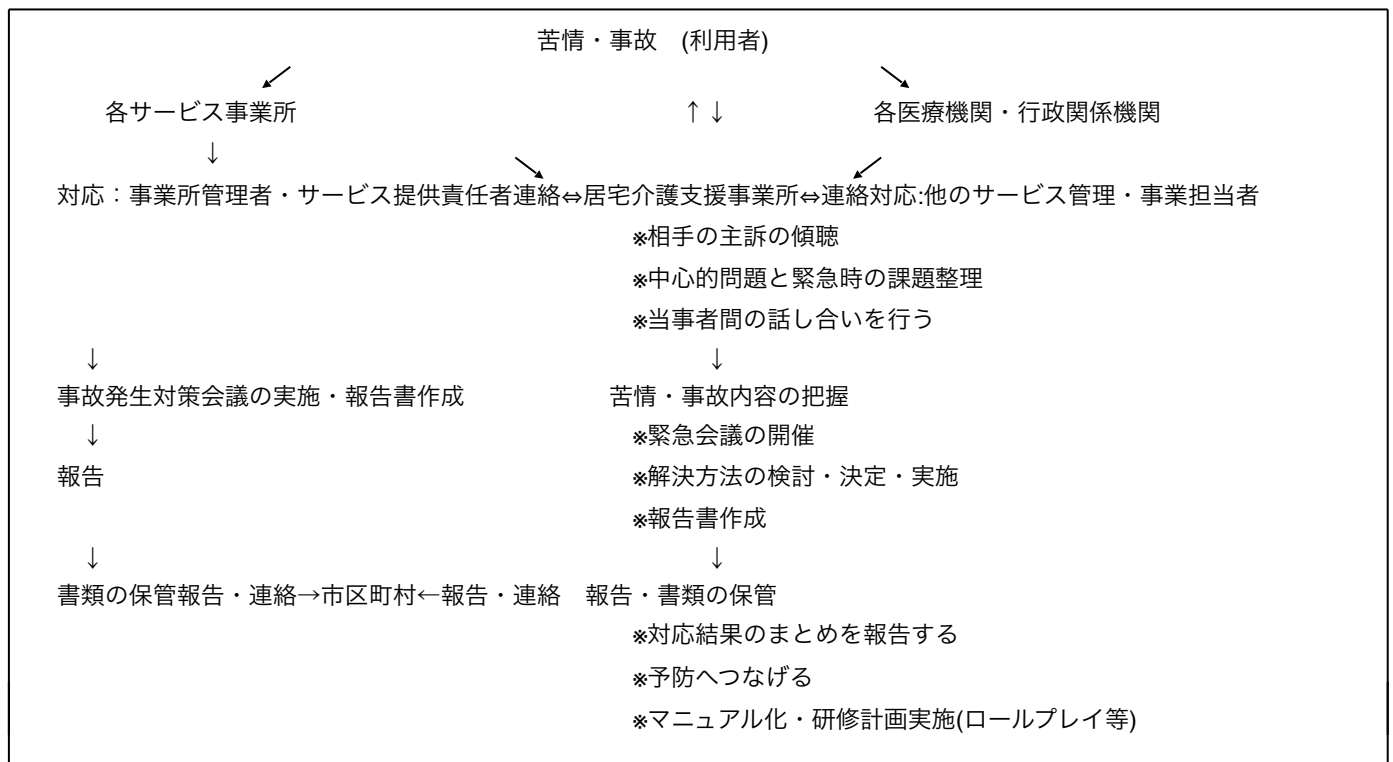
○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設お客様相談コーナー	電話番号	084-979-4886
	fax番号	084-979-4886
	相談員	施設管理者及び主任
	対応時間	午前9時～午後5時

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 介護保険課	所在地	福山市東桜町3-5
	電話番号	084-928-1166
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
広島県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	広島市中区東白島町19番49号
	電話番号	082-554-0783
	fax番号	082-511-9126

7(苦情・事故対応) 対応フローチャート図



8 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 リハビリネクスト
代表者名	宮永 一郎
本社所在地 電話	鳥取県米子市両三柳2136 TEL 0859-57-7534
業務の概要	利用者の心身の特性を踏まえて、その有する機能・能力に応じた機能訓練や施術を行うと同時に歩行に特化したトレーニングを提供することでいつまでも自分自身の足で歩けることを目標に支援します。