指定通所介護・指定介護予防通所介護

リライフトータス

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定　第０９７２１００６６３号)

目　　次

１．事業所の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

２．運営の方針 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

３．職員の体制 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

４．営業日･営業時間 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

５．介護保険給付対象となるｻｰﾋﾞｽ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

６．介護保険の給付対象とならないｻｰﾋﾞｽ ・・・・・・・・・・・・・・・ 3

７．ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ・ｼｮｰﾄｽﾃｲ利用証明書の提出について ・・・・・・・ 3

８．利用料金の支払方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

９．苦情の受付について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

10．事故発生時の対応について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

１．事業所の概要

事業所名　：リライフトータス
事業所番号：栃木県指定第 0972100663 号
所　在　地：〒３２９－０５２９
　　栃木県河内郡上三川町下神主２４９－１
電話番号　：０２８５－５１－１１３３
FAX 番号　：０２８５－３９－８８２１

２．運営の方針

契約者の心身の状況等を踏まえて可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営む事が出来るよう、必要な日常生活上の自立支援及び機能訓練を行うことにより契約者の意欲向上及び心身の機能の維持・改善・向上並びに契約者の家族等の介護負担の軽減を図るものとする

３．職員の体制

リライフトータス	
管理者	１名
相談員	２名以上
看護師	２名以上
介護職員	15 名以上
機能訓練指導員	２名以上
運転手	１名以上

４．営業日・営業時間

月曜日～土曜日（日曜、1/1.1/2 は休み）
午前８時３０分～午後５時３０分（時間延長ｻｰﾋﾞｽはいたしません）

５．介護保険給付対象となるサービス(契約書　第４条)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(８割または９割)が介護保険から支給されます。

項　　目	サ　ー　ビ　ス　の　内　容
①　食　　事	・当事業所では、栄養バランスを考慮した内容により契約者が自己選択により食生活を自ら管理してバイキング形式の食事を提供します。
②　入　　浴	・入浴は、大浴場および個浴により自らの持つ機能を最大限に活用できるよう自立支援を主としたケアを行います。 ・人工炭酸泉や日替わり入浴剤により低温（３９度）で安全に十分な温浴効果の入浴を提供します。
③　排　　泄	・介助の必要な契約者には自立支援を重視した尊厳にある介助を行います。
④　機能訓練	・機能訓練指導員等により契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するために最新のリハビリメニューを提供し機能訓練を実施いたします。
⑤　送　　迎	・心身の状態に応じた送迎を行います。

※　利用料金は、別紙参照

※　家族送迎等通所介護事業者送迎以外の方法で来所又は帰宅された場合の、当敷地外における事故等については責任を負いかねます。

６．介護保険の給付対象とならないサービス(契約書　第５条)

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

《サービス概要と利用料金》

昼食代（ランチバイキング　おやつ　ドリンクバー等）：７２０円 教養娯楽費：３０円(１日あたり)

通所型サービスＡ

通所型サービスA(３時間利用①9：30～12：30②13：30～16：30) 自己負担：360 単位 教養娯楽費：１００円(１日あたり)
通所型サービスA(７時間利用) 昼食代（ランチバイキング　おやつ　ドリンクバー等）：７２０円 教養娯楽費：30 円(１日あたり) 自費利用分：1315 円(１日あたり)
要支援の方 入浴利用料：５００円(１回あたり)

7. 利用料金の支払方法

① 介護保険給付対象料金および介護保険給付対象外の料金は、１ヶ月毎に精算し請求します。

② 請求書は翌月１０日よりお知らせします。原則として支払い方法は、口座自動振替(栃木銀行・足利銀行・郵便局・農協)とし当月２０日に引落とします。

※ やむをえない場合には、この限りではありません。

8. 苦情の受付について

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します

苦情処理受付窓口　　山口　昭夫・佐藤　昌親

電話番号　０２８５-５２-１０００

受付時間　月曜日～金曜日　８時３０分～１７時３０分

施設窓口に苦情受付箱を設置しています

市町村窓口：上三川町役場 高齢福祉課（0285-56-9128）

国保連窓口：栃木県国民健康保険団体連合会（028-623-4324）

9. 事故発生時の対応

① 事業所は、利用者に対する指定通所介護・指定介護予防通所介護の提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

② 事業所は、事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録をします。

③ 事業所は、利用者に対する指定通所介護・指定予防通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

10. 運営基準に基づく公表事項

虐待防止の取り組み： 事業所は、虐待の発生又は再発を防止するための指針を整備し、虐待防止委員会を設置するとともに、従業者に対し定期的な研修を実施しています。

業務継続計画（BCP）の策定： 感染症や災害が発生した場合においても、必要なサービスを継続的に提供できるよう業務継続計画（BCP）を策定し、従業者への周知・訓練を実施しています。

指定通所介護・指定介護予防通所介護　リライフトータス

当施設は介護保険の指定を受けています。
（栃木県指定　第０９７２１００６６３号）

大規模型通所介護費（Ⅱ）

＜介護給付＞　　区分　７時間以上～８時間未満

１日につき	要介護１	要介護２	要介護３
利用料	607 単位	716 単位	830 単位
入浴加算	40 単位	40 単位	40 単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	12 単位	12 単位	12 単位
個別機能訓練加算Ⅰ２	76 単位	76 単位	76 単位
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	20 単位/月	20 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	40 単位/月	40 単位/月
ADL 維持等加算Ⅰ	30 単位/月	30 単位/月	30 単位/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	×9.2%	×9.2%	×9.2%

＜介護予防給付・各保険者独自型＞

１月につき	要支援１	要支援２
利用料	1672 単位	3428 単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	72 単位	144 単位
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	40 単位/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	×9.2%	×9.2%

※介護職員処遇改善加算Ⅰ、については所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定

＜介護予防給付・下野市基準緩和型＞

１月につき	要支援１	要支援２
利用料	1438 単位	2896 単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	72 単位	144 単位
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	40 単位/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	×9.2%	×9.2%

※介護職員処遇改善加算Ⅰ、については所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定

ご利用者の条件

要介護度	利用の可否	ＡＤＬ条件
要支援１	利用可	移動：歩行が可能な方、車椅子が自走できる方 入浴：浴槽出入りや洗身・洗髪が一部介助
要支援２		
要介護１		
要介護２		
要介護３	要相談	
要介護４	基本は、利用不可になりますが、ご相談ください。	
要介護５		

指定通所介護・指定介護予防通所介護事業所サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

リライフトータス

説明者職名　介護職　　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護・指定介護予防通所介護事業所サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞