## 対象者

介護認定を受けている方

## ご利用方法

担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）にお申し込み下さい。ケアマネジャーからの申し込みを確認次第、当スタッフがご自宅まで訪問し、契約・面談を行います。

## 営業時間

月曜日 ～ 火曜日
木曜日 ～ 土曜日　　9：00 ～ 17：00
水曜 日曜　休み　祝日は営業

## サービス提供時間

午前　　9：00 ～ 12：10

午後　　13：30 ～ 16：40

## 持ち物

室内での履物（かかとのあるもの）
汗拭きタオル

## 見学

見学をご希望の方は、ケアマネジャーを通してご連絡下さい。

医療法人社団はなぶさ
赤羽整形リウマチクリニック
赤羽整形リハビリデイサービス

〒115-0055
東京都北区赤羽西1-34-2
玉川ビル2階
ＴＥＬ：03-3900-0570
ＦＡＸ：03-3900-0572
HPアドレス：http://www.akabaneseikei.jp
事業者番号：1371704410

赤羽整形･リウマチクリニック
診療科目：整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科
訪問リハビリ・通所リハビリ・訪問看護
（事業者番号：1311728872）
〒115-0055　東京都北区赤羽西1-17-8
ＴＥＬ：03-3900-0131
ＦＡＸ：03-3900-0132

赤羽整形リウマチクリニック　居宅介護支援事業部
デイサービスと併設　（事業者番号：1371703503）
ＴＥＬ：03-3900-0567
ＦＡＸ：03-3900-0572

医療法人社団はなぶさ
赤羽整形リウマチクリニック

# 赤羽整形
# リハビリデイサービス

（ご案内）

赤羽整形リハビリデイサービスは、隣接する赤羽整形リウマチクリニックのスタッフが集結して立ち上げたデイサービスです。

☆基礎体力をつけたい！

☆転倒したくない、
寝たきりになりたくない！

☆出来る動作を増やしたい！

と思われてる方に最適な、リハビリを中心とした３時間のサービスとなっています。

送迎サービス、入浴サービスもあります。

要支援１・２、要介護１・２レベルの方を想定した運動プログラムとなっています。スタッフが一人一人の評価を行い、その人に応じたリハビリ計画を作成します。

## 主な一日の流れ

＜午前の部＞

| | |
|---|---|
| | 送迎 |
| 9:00～ | バイタルチェック |
| 9:15～ | 準備体操 |
| 9:30～ | 前半リハビリ |
| 10:10～ | 休憩 |
| 10:25～ | 後半リハビリ |
| 11:00～ | 昼食 |
| 11:45～ | リハビリ3 |
| 12:10～ | 送迎 |

＜午後の部＞

| | |
|---|---|
| | 送迎 |
| 13:30～ | バイタルチェック |
| 13:50～ | 準備体操 |
| 14:00～ | 前半リハビリ |
| 15:00～ | おやつ・休憩 |
| 15:30～ | 後半リハビリ |
| 16:15～ | リハビリ3 |
| 16:40～ | 送迎 |

## 料金

介護保険の適用がある場合、原則として介護保険負担割合証に従い、利用料金の１割か2割か３割が利用者の負担額となります。利用料金は単位×10.9（地域区分）として計算します。介護保険の限度額を超えての利用分については、全額利用者負担となります。

＜基本料金＞介護保険適用

| 状態区分 | 単位/日 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 | 提供時間 |
|---|---|---|---|---|---|
| 支援1 | 406 | 443円 | 885円 | 1328円 | 2時間以上 |
| 支援2 | 417 | 455円 | 909円 | 1364円 | |

入浴介助加算：３０単位/日
口腔機能向上加算Ⅰ：１５５単位/月
生活機能向上連携加算Ⅱ：２００単位/月
サービス提供体制加算Ⅰ1:８８単位/月(支援１)
サービス提供体制加算Ⅰ2:１７６単位/月(支援２)
処遇改善加算Ⅲ：支援1は32，２は33単位/回
科学的介護推進体制加算：40単位/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ：5単位/半年

| 状態区分 | 介護１ | 介護２ | 介護３ | 介護４ | 介護５ |
|---|---|---|---|---|---|
| 単位/日 | 370 | 423 | 479 | 533 | 588 |
| 1割負担額 | 403円 | 461円 | 522円 | 581円 | 641円 |
| 2割負担額 | 807円 | 922円 | 1044円 | 1162円 | 1282円 |
| 3割負担額 | 1210円 | 1383円 | 1566円 | 1743円 | 1923円 |

個別機能訓練加算Ⅰ口：76単位/日　Ⅱ：20単位/月
生活機能向上連携加算Ⅱ：100単位/月
口腔機能向上加算Ⅰ:150単位　Ⅱ:160単位/月2回
口腔栄養スクリーニング加算：5単位/半年
入浴介助加算Ⅱ：55単位/日
ADL維持加算Ⅰ：30単位/月
科学的介護推進体制加算：40単位/月
サービス提供体制加算Ⅰ：22単位/日
処遇改善加算Ⅲ：所定単位数の80/1000

＜その他自費で頂くもの＞介護保険適用外
お昼代(飲み物含む)　：750円/日
おやつ代(飲み物含む)　：280円/日
飲み物代　：120円/日
オムツ：自費　複写物：10円/枚
交通費：北区赤羽西地区にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費(送迎)の自費を負担していただきます。自費の額は区域を越えて片道1km毎に100円をいただきます。