

デイサービスセンターすずらん 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターすずらん	
所在地	〒737-2607 呉市川尻町東1丁目10番13号	
提供可能サービス	通所介護／介護予防・日常生活支援総合事業	
介護保険事業所番号	3474000274号	
管理者及び連絡先	住吉 睦人	0823-87-6006 0823-87-6123
サービス提供地域	呉市（仁方、広、川尻町、下蒲刈町、蒲刈町、安浦町）	

2 事業所の職員体制等

	業 務	人 員
管理者	事業所の管理	1名（常勤兼務 1名）
生活相談員	生活に関する相談対応	2名（常勤兼務 2名）
看護職員	健康管理及び看護、口腔管理	2名（非常勤兼務 2名）
機能訓練指導員	機能訓練	3名（非常勤専従 3名）
介護職員	機能訓練援助および介護	7名（常勤専従 5名 常勤兼務 1名 非常勤専従1名）

3 営業時間

通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業	9:00 ～ 16:30 延長サービスあり	月曜日～土曜日 お盆（8/14～8/16）休み 正月（12/31～1/3）休み
-------------------------	--------------------------	---

4 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。

当社 お客様相談コーナー	電話番号0823-87-6123
	FAX番号 0823-70-5577
	相談窓口 住吉 泉
	対応時間 8:30～17:30

○ 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	所在地 呉市中央4丁目1番6号
	電話番号 0823 - 25 - 3136
	FAX番号 0823 - 22 - 8529
	対応時間 平日 8:30～17:15
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
	対応時間 9:00～17:00

5 サービス利用料

■通所介護 1割負担の方の料金

			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上4時間未満			370 円	423 円	479 円	533 円	588 円
4時間以上5時間未満			388 円	444 円	502 円	560 円	617 円
5時間以上6時間未満			570 円	673 円	777 円	880 円	984 円
6時間以上7時間未満			584 円	689 円	796 円	901 円	1008 円
7時間以上8時間未満			658 円	777 円	900 円	1023 円	1148 円
8時間以上9時間未満			669 円	791 円	915 円	1041 円	1168 円
サービス加算	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅰ	40円/回				
	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅱ	55円/回				
	個別機能訓練加算Ⅰ 1		56円/回				
	個別の機能訓練実施計画を作成し、これに基づいたサービス提供を行った場合に算定						
	若年性認知症の方	若年性認知症	60円/回				
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者の方とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔機能向上加算		150円/回（1月に2回を限度とする）				
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円/回				
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円/回				
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6円/回				
減算	7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの						
	送迎減算		片道につき47円				
居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合							

（送迎は基本利用点数に含まれています）

■介護予防通所介護・日常生活支援総合事業 1割負担の方の料金

			要支援 1	要支援 2
介護予防通所介護費・日常生活支援総合事業			1798円/月（週 1 回程度）	1811円/月（週1回程度）
				3621円/月（週2回程度）
	若年性認知症の方	若年性認知症	240円/月	
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定			
	口腔機能向上加算		150円/月	
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスを実施・評価した場合に算定			
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		24円/月	48円/月
	7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの			
減算	送迎減算		片道につき47円	
	居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合			

（送迎・入浴は基本利用点数に含まれています）

■介護職員処遇改善加算 1割負担の方の料金

全ての利用料の1000分の118に相当する単位数

例 要介護 1の方が週に2回利用で月8回利用の場合

【基本サービス費】 要介護 1

- 所要時間7時間半（658単位）

【加算】

- 入浴加算Ⅰ（40単位）
- 個別運動器機能向上加算Ⅰ1（56単位）
- サービス提供体制強化加算（6単位）

$$\begin{aligned} (658 + 40 + 56 + 6) \times 8回 &= 760 \text{ 単位} \times 8回 \\ &= 6,080 \text{ 単位} \end{aligned}$$

【介護職員処遇改善加算率】 11.8%

$$6080 \text{ 単位} \times 11.8 \% = 717.4$$

$$= 717 \text{ 単位 (1単位未満の端数四捨五入)}$$

利用者様 ご負担額 717円 となります。

（公費負担については通常の加算と同様の取り扱い）

（自己負担割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。また、食事代は該当しません）

■通所介護 2割負担の方の料金

			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満			740円	846円	958円	1066円	1176円
4時間以上5時間未満			776円	888円	1004円	1120円	1234円
5時間以上6時間未満			1140円	1346円	1554円	1760円	1968円
6時間以上7時間未満			1168円	1378円	1592円	1802円	2016円
7時間以上8時間未満			1316円	1554円	1800円	2046円	2296円
8時間以上9時間未満			1338円	1582円	1830円	2082円	2336円
減算	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅰ	80円/回				
	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅱ	110円/回				
	個別機能訓練加算Ⅰ 1		112円/回				
	個別の機能訓練実施計画を作成し、これに基づいたサービス提供を行った場合に算定						
	若年性認知症の方	若年性認知症	120円/回				
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者の方とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔機能向上加算		300円/回（1月に2回を限度とする）				
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		40円/回				
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		10円/回				
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		12円/回				
	7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの						
減算	送迎減算		片道につき94円				
	居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合						

（送迎は基本利用点数に含まれています）

■介護予防通所介護・日常生活支援総合事業 2割負担の方の料金

			要支援 1	要支援 2
介護予防通所介護費・日常生活支援総合事業			3596円/月（週 1 回程度）	3622円/月（週1回程度）
				7262円/月（週2回程度）
減算	若年性認知症の方	若年性認知症	480円/月	
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定			
	口腔機能向上加算		300円/月	
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスを実施・評価した場合に算定			
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		48円/月	96円/月
	7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの			
減算	送迎減算		片道につき94円	
	居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合			

（送迎・入浴は基本利用点数に含まれています）

■介護職員処遇改善加算 2割負担の方の料金

全ての利用料の1000分の118相当する単位数

- 所要時間7時間半（658単位）

【加算】

- 入浴加算Ⅰ（40単位）
- 個別運動器機能向上加算Ⅰ1（56単位）
- サービス提供体制強化加算（6単位）

$$\begin{aligned} (658 + 40 + 56 + 6) \times 8回 &= 760 \text{ 単位} \times 8回 \\ &= 6,080 \text{ 単位} \end{aligned}$$

【介護職員処遇改善加算率】 11.8%

$$6080 \text{ 単位} \times 11.8 \% = 717.4$$

$$= 717 \text{ 単位} \times 2 \text{ (1単位未満の端数四捨五入)}$$

利用者様 ご負担額 1,434円 となります。

（公費負担については通常の加算と同様の取り扱い）

（自己負担割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。また、食事代は該当しません）

■通所介護 3割負担の方の料金

			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満			1110 円	1269 円	1437 円	1599 円	1764 円
4時間以上5時間未満			1164 円	1332 円	1506 円	1680 円	1851 円
5時間以上6時間未満			1710 円	2019 円	2331 円	2640 円	2952 円
6時間以上7時間未満			1752 円	2067 円	2388 円	2703 円	3024 円
7時間以上8時間未満			1974 円	2331 円	2700 円	3069 円	3444 円
8時間以上9時間未満			2007 円	2373 円	2745 円	3123 円	3504 円
サービス加算	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅰ	120円/回				
	入浴を利用される場合	入浴介助加算Ⅱ	165円/回				
	個別機能訓練加算Ⅰ 1		168円/回				
	個別の機能訓練実施計画を作成し、これに基づいたサービス提供を行った場合に算定						
	若年性認知症の方	若年性認知症	180円/回				
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者の方とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔機能向上加算		450円/回（1月に2回を限度とする）				
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスに応じたサービス提供を行った場合に算定						
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		60円/回				
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		15円/回				
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		18円/回				
7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの							
減算	送迎減算		片道につき141円				
	居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合						

（送迎は基本利用点数に含まれています）

■介護予防通所介護・日常生活支援総合事業 3割負担の方の料金

			要支援 1	要支援 2
介護予防通所介護費・日常生活支援総合事業			5394円/月（週 1 回程度）	5433円/月（週1回程度）
				10863円/月（週2回程度）
	若年性認知症の方	若年性認知症	720円/月	
	若年性認知症の利用者を対象として、高齢者とは違う特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定			
	口腔機能向上加算		450円/月	
	口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスを実施・評価した場合に算定			
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		72円/月	144円/月
	7年以上の勤続年数者が全体の30%以上配置されている体制を評価したもの			
減算	送迎減算		片道につき141円	
	居宅と指定通所介護事業所の間の送迎を行わない場合			

（送迎・入浴は基本利用点数に含まれています）

■介護職員処遇改善加算 3割負担の方の料金

全ての利用料の1000分の90に相当する単位数

例 要介護 1の方が週に2回利用で月8回利用の場合

【基本サービス費】 要介護 1

● 所要時間7時間半（658単位）

【加算】

● 入浴加算Ⅰ（50単位）

● 個別運動器機能向上加算Ⅰ 1（56単位）

● サービス提供体制強化加算（6単位）

$$(658 + 40 + 56 + 6) \times 8回 = 760 \text{ 単位} \times 8回 \\ = 6,080 \text{ 単位}$$

【介護職員処遇改善加算率】 11.8%

$$6080 \text{ 単位} \times 11.8 \% = 717.4$$

$$= 717 \text{ 単位} \times 3 \text{ (1単位未満の端数四捨五入)}$$

利用者様 ご負担額 2,151円 となります。

（公費負担については通常の加算と同様の取り扱い）

（自己負担割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。また、食事代は該当しません）

利用者負担金（利用料）

ア 利用料に加え、食事代として1日あたり525円を負担していただきます。

イ 業者の関係により、食事注文が別紙カレンダーのように数日前から変更できません。当日の体調不良等の休み、連絡漏れの休みについてはキャンセル不可となるため、通常の食事代が必要となります。

ウ 支払方法は、郵便局・銀行での自動引き落とし、又は現金でのお支払いになってます。

できるだけ、郵便局口座を優先利用していただきます。

（郵便局での引き落とし日は15日、再引き落としは25日です 銀行は20日です）
※ 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。）

6 お休みされる場合

利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

（連絡先）電話： 0823-87-6006 0823-87-6123

