

重要事項の概要

1. 事業所名
デイサービス CHIAKI ほおずき神戸垂水
2. 介護保険事業所番号
2 8 7 0 8 0 0 9 4 9
3. 事業所所在地
兵庫県神戸市垂水区霞ヶ丘1丁目3番13号
4. 指定（更新）年月日
事業費：令和03年7月15日
介護給付（地域密着型）：令和03年7月15日
5. 電話番号
0 7 8 － 7 0 4 － 3 4 6 2
6. 種類・利用時間
地域密着型・7時間15分
7. 利用定員
介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
地域密着型通所介護事業 合わせて18名（1日あたり）
8. サービスを提供する通常地域
神戸市垂水区

9. 営業日及び営業時間

営業日	月、火、水、木、金曜日（祝日も営業）
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時30分
営業（受付）時間	午前8時30分～午後5時00分
休業日	土曜日、日曜日、12月31日、1月1日～1月3日

10. 管理者名
下岡 恭介

11. 事業所の基本職員体制

職種	職種の内容	勤務形態
施設長（管理者）	従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業および地域密着型通所介護事業の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。	1名 常勤兼務（生活相談員と兼務）
生活相談員	事業所に対する利用の申込に係る調整。ご利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の従業者と協力し通所介護計画及び介護予防サービス・支援計画の作成を行います。	1名 以上
介護職員	通所介護計画及び介護予防サービス・支援計画に基づき、必要な日常生活の世話、介護及び機能訓練を行います。	2名 以上
看護職員	ご利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行います。	1名 以上（機能訓練指導員を兼務）
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。	1名 以上
調理員	ご利用者の昼食等の調理	1名 以上

12. サービスの特徴

デイサービス CHIAKI ほおずき神戸垂水は、事業対象者・要支援状態の方、要介護状態の方を対象としたデイサービスです。事業所の運営にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重して、常に、利用者の立場にたったサービスの提供を心がけます。

13. 利用についての留意事項

- (1) 要介護度認定の判定結果が、事業対象者・要支援1から要介護5のいずれかであることが必要です。
- (2) 要介護度認定等の申請が行われていない場合は、説明を行い必要な援助を行います。

14. サービスについての苦情

- (1) 苦情の窓口（受付時間 9：00～17：00）

窓口担当者	松田 恒平	078-704-3462
-------	-------	--------------

- (2) その他の苦情窓口

神戸市消費生活センター	078-371-1221
兵庫県国民健康保険団体連合会	078-332-5617
養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話(監査指導部内)	078-322-6774
神戸市福祉局監査指導部	078-322-6326

15. 利用料金

(1)介護保険サービス費

(1) 介護保険サービス（負担割合で表示）					1 割負担	2 割負担	3 割負担	単位	
負担割合									
事業費	基本料金	事業対象者・要支援 1			1, 8 9 5 円	3, 7 9 0 円	5, 6 8 5 円	1 月	
					6 3 円	1 2 5 円	1 8 7 円	1 日	
		要支援 2（週 1 回程度）			1, 8 9 5 円	3, 7 9 0 円	5, 6 8 5 円	1 月	
					6 3 円	1 2 5 円	1 8 7 円	1 日	
		要支援 2（週 2 回程度）			3, 8 1 7 円	7, 6 3 3 円	1 1, 4 5 0 円	1 月	
					1 2 6 円	2 5 1 円	3 7 7 円	1 日	
	生活機能向上グループ活動加算			1 0 6 円	2 1 1 円	3 1 7 円	1 月		
	○	若年性認知症利用者受入加算			2 5 3 円	5 0 6 円	7 5 9 円	1 月	
	栄養アセスメント加算			5 3 円	1 0 6 円	1 5 9 円	1 月		
	栄養改善加算			2 1 1 円	4 2 2 円	6 3 3 円	1 月		
	○	口腔機能向上加算	(I)	1 5 9 円	3 1 7 円	4 7 5 円	1 月		
			(II)	1 6 9 円	3 3 8 円	5 0 6 円	1 月		
	一体的サービス提供加算			5 0 6 円	1, 0 1 2 円	1, 5 1 8 円	1 月		
	サービス提供体制強化加算	I	事業対象者・要支援 1.2（1 回／週）		9 3 円	1 8 6 円	2 7 9 円	1 月	
			要支援 2（2 回／週）		1 8 6 円	3 7 1 円	5 5 7 円	1 月	
		II	事業対象者・要支援 1.2（1 回／週）		7 6 円	1 5 2 円	2 2 8 円	1 月	
			要支援 2（2 回／週）		1 5 2 円	3 0 4 円	4 5 6 円	1 月	
		○	III	事業対象者・要支援 1.2（1 回／週）		2 6 円	5 1 円	7 6 円	1 月
				要支援 2（2 回／週）		5 1 円	1 0 1 円	1 5 2 円	1 月
		生活機能向	I	※ 3 月に 1 回を限度		1 0 6 円	2 1 1 円	3 1 7 円	1 月
	○	上連携加算	II			2 1 1 円	4 2 2 円	6 3 3 円	1 月
		口腔・栄養スク	(I)（6 月に 1 回）		2 1 円	4 2 円	6 3 円	1 回	
	○	リーニング加算	(II)（6 月に 1 回）		6 円	1 1 円	1 6 円	1 回	
	○	科学的介護推進体制加算（1 月あたり）			4 3 円	8 5 円	1 2 7 円	1 月	
		介護職員等処遇改善加算（I）				利用合計額に 9. 2 %相当		1 月	
	○	介護職員等処遇改善加算（II）				利用合計額に 9. 0 %相当		1 月	
		介護職員等処遇改善加算（III）				利用合計額に 8. 0 %相当		1 月	
		介護職員等処遇改善加算（IV）				利用合計額に 6. 4 %相当		1 月	
介護給付（地域密着型）	基本料金	要 介 護 1（7 時間以上 8 時間未満）			7 9 4 円	1, 5 8 8 円	2, 3 8 1 円	1 日	
		要 介 護 2			9 3 8 円	1, 8 7 6 円	2, 8 1 4 円	1 日	
		要 介 護 3			1, 0 8 8 円	2, 1 7 6 円	3, 2 6 4 円	1 日	
		要 介 護 4			1, 2 3 6 円	2, 4 7 1 円	3, 7 0 6 円	1 日	
		要 介 護 5			1, 3 8 3 円	2, 7 6 6 円	4, 1 4 9 円	1 日	
		入浴介助加算（I）			4 3 円	8 5 円	1 2 7 円	1 日	
	○	入浴介助加算（II）			5 8 円	1 1 6 円	1 7 4 円	1 日	
	中重度者ケア体制加算			4 8 円	9 5 円	1 4 3 円	1 日		
		生活機能向	(I) ※3 月に 1 回を限度		1 0 6 円	2 1 1 円	3 1 7 円	1 月	
		上連携加算	(II)		2 1 1 円	4 2 2 円	6 3 3 円	1 月	
	○		(II) ※個別機能訓練加算算定時		1 0 6 円	2 1 1 円	3 1 7 円	1 月	

○	個別機能訓練加算	(I) イ（1 日あたり）	5 9 円	1 1 8 円	1 7 7 円	
		(II)（上乗せ/1 月あたり）	2 1 円	4 2 円	6 3 円	
		(I) ロ（1 日あたり）	8 1 円	1 6 1 円	2 4 1 円	
		(II)（上乗せ/1 月あたり）	2 1 円	4 2 円	6 3 円	
	ADL 維持等	(I)	3 2 円	6 4 円	9 5 円	1 月
	加算（1 月あたり）	(II)	6 4 円	1 2 7 円	1 9 0 円	1 月
	認知症加算（1 日当たり）		6 4 円	1 2 7 円	1 9 0 円	
○	若年性認知症利用者受入加算（1 日あたり）		6 4 円	1 2 7 円	1 9 0 円	
	栄養アセスメント加算（1 月あたり）		5 3 円	1 0 6 円	1 5 9 円	
	栄養改善加算（3 か月間 月 2 回を限度）		2 1 1 円	4 2 2 円	6 3 3 円	1 回
	口腔・栄養スクリーニング加算	(I)	2 1 円	4 2 円	6 3 円	1 回
○		(II)	6 円	1 1 円	1 6 円	1 回
○	口腔機能向上加算（3 か月間 月 2 回を限度とし、1 回あたり）	(I)	1 5 9 円	3 1 7 円	4 7 5 円	1 回
		(II)	1 6 9 円	3 3 8 円	5 0 6 円	1 回
○	科学的介護推進体制加算（1 月あたり）		4 3 円	8 5 円	1 2 7 円	
	サービス提供体制強化加算	(I)	2 4 円	4 7 円	7 0 円	1 回
		(II)	1 9 円	3 8 円	5 7 円	1 回
○		(III)	7 円	1 3 円	1 9 円	1 回
	介護職員等処遇改善加算（I）			利用合計額に 9. 2 %相当		1 月
○	介護職員等処遇改善加算（II）			利用合計額に 9. 0 %相当		1 月
	介護職員等処遇改善加算（III）			利用合計額に 8. 0 %相当		1 月
	介護職員等処遇改善加算（IV）			利用合計額に 6. 4 %相当		1 月

- * なお、利用者の負担額は介護保険負担割合証の利用者負担の割合によります。
- * 上記の基本料金は通常の 7 時間15 分のサービスを受けた場合です
- * 介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

(2)実費負担

食費	1 食あたり 6 5 0 円
レクリエーション材料費	実費（材料費が必要な場合は事前にお知らせします。）
オムツ代	施設備品分利用の方のみ実費徴収します。
送迎費用	通常の事業の実施地域を越えた送迎の場合は、1 kmあたり 3 0 円

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ 無
-------	-------