

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
通所介護事業

重要事項の概要

1. 事業所名
 デイサービス CHIAKI ほおずき高砂
2. 介護保険事業所番号 2 8 7 2 1 0 1 4 8 6
3. 事業所所在地 兵庫県高砂市米田町米田 2 5 6-3
4. 指定（更新）年月日 令和 5 年 7 月 1 日
5. 電話番号 0 7 9 - 4 3 4 - 4 6 9 6
6. 種類・利用時間 通常規模型・7 時間 0 5 分
7. 利用定員 介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号通所事業
通所介護事業 合わせて 2 0 名（1 日あたり）
8. サービスを提供する通常的地域 高砂市、加古川市(東神吉町、西神吉町
志方町、米田町、平荘町)
姫路市(別所町、大塩町)

9. 営業日及び営業時間

営 業 日	月、火、水、木、金（祝日も営業）
サービス提供時間	午前 9 時 10 分～午後 4 時 15 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、1 2 月 3 1 日、 1 月 1 日 ～ 1 月 3 日

10. 管理者名 橋 本 陣

11. 事業所の基本職員体制

職種	勤務の内容	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 ほおずき高砂は、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	橋本 陣	0 7 9 - 4 3 4 - 4 6 9 6
-------	------	-------------------------

- (2) その他の苦情窓口

高砂市保険年金室 介護保険課	0 7 9 - 4 4 3 - 9 0 6 3
加古川健康福祉事務所監査指導課	0 7 9 - 4 2 1 - 9 2 9 6
兵庫県国民健康保険団体連合会	0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7
兵庫県介護保険審査会事務局	0 7 8 - 3 4 1 - 7 7 1 1

15. 利用料金											
(1) 介護保険サービス（負担割合で表示）											
負担割合					1割負担	2割負担	3割負担	単位			
事業費	基本料金	事業対象者 要支援1	週1回程度の場合（月4回を超える場合）			1,824円	3,647円	5,470円	1月		
			週1回程度（月4回まで）			443円	885円	1,327円	1回		
		事業対象者 要支援2	週2回程度の場合（月8回を超える場合）			3,672円	7,344円	11,015円	1月		
			週2回程度（月8回まで）			454円	907円	1,360円	1回		
		生活機能向上グループ活動加算				102円	203円	305円	1月		
	○	若年性認知症利用者受入加算				244円	487円	730円	1月		
		栄養アセスメント加算				51円	102円	153円	1月		
		栄養改善加算				203円	406円	609円	1月		
	○	口腔機能向上加算		(I)		153円	305円	457円	1月		
	(II)			163円	325円	487円	1月				
		一体的サービス提供加算				487円	974円	1,461円	1月		
	サービス提供体制強化加算	○	サービス提供体制強化加算	I	事業対象者・要支援1		90円	179円	268円	1月	
					事業対象者・要支援2		179円	357円	536円	1月	
				II	事業対象者・要支援1		73円	146円	219円	1月	
					事業対象者・要支援2		146円	292円	438円	1月	
		III		事業対象者・要支援1		25円	49円	73円	1月		
				事業対象者・要支援2		49円	98円	146円	1月		
			生活機能向	I	※ 3月に1回を限度			102円	203円	305円	1月
		○	上連携加算	II				203円	406円	609円	1月
			口腔・栄養スクリーニング加算		(I)（6月に1回）		21円	41円	61円	1回	
		(II)（6月に1回）			5円	10円	15円	1回			
	○	科学的介護推進体制加算				41円	81円	122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	基本料金	要介護1（7時間以上8時間未満）				668円	1,335円	2,002円	1回	
			要介護2				788円	1,576円	2,364円	1回	
			要介護3				913円	1,826円	2,738円	1回	
			要介護4				1,038円	2,075円	3,112円	1回	
要介護5				1,164円	2,328円	3,492円	1回				
○		入浴介助加算（I）				41円	81円	122円	1日		
		入浴介助加算（II）				56円	112円	168円	1日		
	中重度者ケア体制加算				46円	92円	137円	1日			

	生活機能向上連	(Ⅰ) ※3 月に 1 回を限度	1 0 2 円	2 0 3 円	3 0 5 円	1 月	
	携加算	(Ⅱ)	2 0 3 円	4 0 6 円	6 0 9 円	1 月	
○		(Ⅱ) ※個別機能訓練加算算定時	1 0 2 円	2 0 3 円	3 0 5 円	1 月	
○	個別機能訓練 加算	(Ⅰ) イ (1 日あたり)	5 7 円	1 1 4 円	1 7 1 円	1 日	
		(Ⅱ) (上乗せ/1 月あたり)	2 1 円	4 1 円	6 1 円	1 日	
		(Ⅰ) ロ (1 日あたり)	7 7 円	1 5 4 円	2 3 1 円	1 日	
		(Ⅱ) (上乗せ/1 月あたり)	2 1 円	4 1 円	6 1 円	1 日	
○	ADL 維持等加算	(Ⅰ)	3 1 円	6 1 円	9 2 円	1 月	
		(Ⅱ)	6 1 円	1 2 2 円	1 8 3 円	1 月	
	認知症加算 (1 日あたり)		6 1 円	1 2 2 円	1 8 3 円		
○	若年性認知症利用者受入加算 (1 日あたり)		6 1 円	1 2 2 円	1 8 3 円		
	栄養アセスメント加算 (1 月あたり)		5 1 円	1 0 2 円	1 5 3 円		
	栄養改善加算 (3 か月間 月 2 回を限度)		2 0 3 円	4 0 6 円	6 0 9 円		
○	口腔・栄養スクリーニング加算 (6 月に 1 回)	(Ⅰ)	2 1 円	4 1 円	6 1 円	1 回	
		(Ⅱ)	5 円	1 0 円	1 5 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 3 円	3 0 5 円	4 5 7 円	1 回
(Ⅱ)			1 6 3 円	3 2 5 円	4 8 7 円	1 回	
○	科学的介護推進体制加算 (1 月あたり)		4 1 円	8 1 円	1 2 2 円		
	サービス提供体 制強化加算	(Ⅰ)	2 3 円	4 5 円	6 7 円	1 回	
		(Ⅱ)	1 9 円	3 7 円	5 5 円	1 回	
○		(Ⅲ)	6 円	1 2 円	1 8 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	

- (1) 介護保険サービス費
- *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05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 700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、1kmあたり30円

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況に

実施の有無	有 ・ 無
-------	-------