

(三) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 |
| 営業時間 | 8時15分～17時15分 |
| サービス提供時間 | 9時15分～16時20分 |
| 休業日 | 日曜・年末年始(12/31～1/3) |

(四) 職員体制

| | |
|---------|------|
| 管理者 | 1名 |
| 生活相談員 | 1名以上 |
| 看護職員 | 1名以上 |
| 介護職員 | 3名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 管理栄養士 | 1名以上 |

2 定員

通所介護サービスを提供する1日あたりの定員は次のとおりとする。

ワズデイサービスセンター 22名

3 利用料及びその他の費用

(一) 基本料金(介護保険給付対象) / 一日につき(負担割合1割の場合)

| | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 |
|------|----------------|----------------|----------------|
| 要介護1 | 567円 | 581円 | 655円 |
| 要介護2 | 670円 | 686円 | 773円 |
| 要介護3 | 773円 | 792円 | 896円 |
| 要介護4 | 876円 | 897円 | 1018円 |
| 要介護5 | 979円 | 1003円 | 1142円 |

(二) 加算料金／加算要件を満たした場合にそれぞれの料金を加算する。

(負担割合 1 割の場合)

| | |
|---------------------|-----------------------|
| 個別機能訓練加算 (I) イ | 56 円/日 |
| 個別機能訓練加算 (I) ロ | 85 円/日 |
| 個別機能訓練加算 (II) | 20 円/月 |
| 入浴介助加算 (I) | 40 円/日 |
| 入浴介助加算 (II) | 55 円/日 |
| ADL維持等加算 (I) | 30 円/月 |
| ADL維持等加算 (II) | 60 円/月 |
| 若年性認知症受入加算 | 60 円/日 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | 20 円/回 (6 月に 1 回を限度) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | 5 円/回 (6 月に 1 回を限度) |
| 栄養アセスメント加算 | 50 円/月 |
| 栄養改善加算 | 200 円/回 (1 月に 2 回を限度) |
| 口腔機能向上加算 (II) | 160 円/回 (1 月に 2 回を限度) |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 円/月 |
| 送迎減算 | —47 円 (片道につき) |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 18 円/日 |
| 介護職員処遇改善加算 (I) | 所定単位数に 59/1000 を乗じたもの |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (I) | 所定単位数に 12/1000 を乗じたもの |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数に 11/1000 を乗じたもの |

※負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

4 介護保険給付対象外サービス費

(一) 契約書第 5 条第 1 項の支給限度額を超えた通所介護サービスを提供した場合、当該利用分については、全額自己負担とする。

(二) 通所介護サービスを提供するにあたり、以下の利用料金を別途いただくものとする。

| | |
|------------|--------|
| 昼食代（おやつあり） | 700円/回 |
| 昼食代（おやつなし） | 600円/回 |
| おやつのみ | 100円 |

(三) 日用消耗品代

| | |
|-----------|--------------------|
| 紙パンツ Mサイズ | 1袋 2280円 / 1枚 130円 |
| Lサイズ | 1袋 2480円 / 1枚 150円 |
| オムツ | 1袋 2950円 / 1枚 220円 |
| 尿パット | 1袋 1050円 / 1枚 50円 |
| リフレニューシート | 1袋 1200円 / 1枚 60円 |

※その他通所介護サービスの提供において利用者の希望によって提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものや作活動等に必要な費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用。（実費相当負担）

(四) 交通費

| | |
|----------------------------|------|
| サービス実施地域を超えた地点から10km未満（片道） | 230円 |
| サービス実施地域を超えた地点から10km以上（片道） | 350円 |
| 有料道路の使用 | 実費 |

5 苦情処理

相談又は苦情等に対する窓口を設置し、本会の職員全員が苦情に対応できるよう指導する。また苦情の受付は口頭または窓口設置の提案箱への投函により苦情のみならず、要望に答えられるようにする。なお担当者並びに連絡先は次の通りとする。

| | |
|---------------|---|
| ワンズデイサービスセンター | 電話番号： 086-436-8529 受付時間： 8:15～17:15 受付日： 月～土曜日（12/31～1/3を除く） 担当者： 宗田 崇 |
| 倉敷市介護保険課 | 電話番号： 086-426-3343 受付時間： 8:30～17:15 月～金曜日 （祝日及び12/29～1/3を除く） |

(三) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 |
| 営業時間 | 8時15分～17時15分 |
| サービス提供時間 | 9時15分～16時20分 |
| 休業日 | 日曜・年末年始(12/31～1/3) |

(四) 職員体制

| | |
|---------|------|
| 管理者 | 1名以上 |
| 生活相談員 | 1名以上 |
| 看護職員 | 1名以上 |
| 介護職員 | 3名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 管理栄養士 | 1名以上 |

2 定員

通所介護事業及び総合事業を提供する1日あたりの定員は次のとおりとする。

ワズデイサービスセンター 22名

3 利用料及びその他の費用

(一)基本料金(総合事業給付対象) / 一月につき(負担割合1割の場合)

| | |
|---------------|-------|
| 要支援1 事業対象者 | 1672円 |
| 要支援2 | 3428円 |

(二)加算料金／加算要件を満たした場合にそれぞれの料金を加算する。

(負担割合 1 割の場合)

| | |
|--------------------|---|
| 運動器機能向上加算 | 2 2 5 円/月 |
| 栄養改善加算 | 2 0 0 円/回 (1 月に 1 回を限度) |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ) | 1 6 0 円/月 |
| 選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ) | 4 8 0 円/月 |
| 選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ) | 7 0 0 円/月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) | 2 0 円/回 (6 月に 1 回を限度) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) | 5 円/回 (6 月に 1 回を限度) |
| 栄養アセスメント加算 | 5 0 円/月 |
| 事業所評価加算 | 1 2 0 円/月 |
| 若年性認知症受入加算 | 2 4 0 円/月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 4 0 円/月 |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 要支援 1 : 7 2 円/月 事業対象者 : 7 2 円/月 要支援 2 : 1 4 4 円/月 |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) | 所定単位数に 59/1000 を乗じたもの |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ) | 所定単位数に 12/1000 を乗じたもの |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数に 11/1000 を乗じたもの |

※負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

4 介護保険給付対象外サービス費

(一) 契約書第 5 条第 1 項の支給限度額を超えた通所介護サービスを提供した場合、当該利用分については全額自己負担とする。

(二) 総合事業を提供するにあたり、以下の利用料金を別途いただくものとする。

| | |
|-------------|-----------|
| 昼食代 (おやつあり) | 7 0 0 円/回 |
| 昼食代 (おやつなし) | 6 0 0 円/回 |
| おやつのみ | 1 0 0 円 |

(三) 日用消耗品代

| | |
|-----------|--------------------|
| 紙パンツ Mサイズ | 1袋 2280円 / 1枚 130円 |
| Lサイズ | 1袋 2480円 / 1枚 150円 |
| オムツ | 1袋 2950円 / 1枚 220円 |
| 尿パット | 1袋 1050円 / 1枚 50円 |
| リフレニューシート | 1袋 1200円 / 1枚 60円 |

※その他通所介護サービスの提供において利用者の希望によって提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものや作活動等に必要な費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用。(実費相当負担)

(四) 交通費

| | |
|----------------------------|------|
| サービス実施地域を超えた地点から10km未満(片道) | 230円 |
| サービス実施地域を超えた地点から10km以上(片道) | 350円 |
| 有料道路の使用 | 実費 |

5 苦情処理

相談又は苦情等に対する窓口を設置し、本会の職員全員が苦情に対応できるよう指導する。また苦情の受付は口頭または窓口設置の提案箱への投函により苦情のみならず、要望に答えられるようにする。なお責任者並びに連絡先は次の通りとする。

| | |
|--------------------|---|
| (1) ワンズデイサービスセンター | 電話番号： 086-436-8529 受付時間： 8:15～17:15 受付日： 月～土曜日(12/31～1/3を除く) 管理者： 宗田 崇 |
| (2) 倉敷市介護保険課 | 電話番号： 086-426-3343 受付時間： 8:30～17:15 月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) |
| (3) 岡山県国民健康保険団体連合会 | 電話番号： 086-223-8811 受付時間： 8:30～17:00 月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) |

6 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業所等に連絡を