

運営規定の概要

フリガナ	デイサービスセンターまほろばノサトカワジ							サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護・第1号通所事業		
事業所名	デイサービスセンターまほろばの里川治							事業所番号	1571000973		
所在地	〒948-0036 新潟県十日町市川治4525番地							フリガナ	ミヤジマ ミユキ		
								管理者	宮嶋 美雪		
連絡先	電話番号	025-761-7333					FAX番号	025-752-7811			
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日	元日1月1日は休業	
	×	○	○	○	○	○	○	○			
営業時間	平日	8:00~17:00					土曜日	8:00~17:00	祝日	8:00~17:00	
サービス提供時間	平日	8:30~17:00					土曜日	8:30~17:00	祝日	8:30~17:00	
備考											
利用料	法定代理受領分				介護報酬の告示上の額(別掲)						
	法定代理受領分以外				介護報酬の告示上の額(別掲)						
その他の費用	食費・おやつ代・オムツ代実費										
通常の事業の実施地域	十日町市										
	備考										

職員の勤務の体制

職務	職務内容	必要資格	人数
管理者	従業員の管理と業務の管理を行います		1名
生活相談員	利用調整、計画書の作成、利用者や職種間の連絡調整等を行います	社会福祉士・社会福祉主事 介護支援専門員又は介護福祉士	1名以上
看護職員	利用者の健康管理、傷の処置等を行います	看護師・准看護師	1名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退防止や維持向上のために機能訓練を行います	理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・看護師	1名以上
介護職員	日常生活を営むために必要な生活動作等のお手伝いをします	介護福祉士・ヘルパー 他(認知症基礎研修 修了者含)	4名以上
調理職員	管理栄養士又は栄養士が作成したバランスのとれた献立に基づき食事をつくります	管理栄養士・栄養士・調理師	2名以上

秘密の保持

- 当事業所の介護員その他の従業者は、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- 当事業所は、介護員その他の従業者が、当事業所の従業者でなくなった後においても、当事業所の責任において、当該従業者が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

事故発生時の対応

- 当事業所は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 当事業所は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- 当事業所は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

暴力団等の排除

- 当事業所は、その事業運営について新潟県暴力団排除条例第3条に規定する理念に則り、同条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団等による不当な行為を防止し、及びこれにより生じた不当な影響を排除しなければならない。

第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり      2 なし
	2 なし		

## 秘密の保持

- 当事業所の介護員その他の従業者は、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- 当事業所は、介護員その他の従業者が、当事業所の従業者でなくなった後においても、当事業所の責任において、当該従業者が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

## 利用料その他の費用の額

- 別紙: 料金表参照

## 事故発生時の対応

- 当事業所は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、居宅介護支援事業者、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 当事業所は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- 当事業所は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## 緊急時における対応方法

サービス提供中に体調が悪くなった場合は、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医又は当施設の協力医療機関の医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

## 非常災害対策

当事業者は、事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## 協力病院等

協力病院	名称	新潟県立十日町病院
------	----	-----------

## 苦情処理の体制

……別紙のとおり

(「入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を併せて掲示する)

## 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり <b>2</b> なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり      2 なし

# 通所介護利用料金表

利用料金表は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額とし、介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」に記載のある割合分を自己負担額としています。尚、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額が改定された場合は、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後、速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。介護保険料滞納に伴い、給付制限を受けている利用者については、利用者負担額及び支払方法が変わることがあります。

## 【利用料金】 区分：通常規模事業所

要介護 状態区分	7時間以上8時間未満			
	一日当たりの利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

要介護 状態区分	8時間以上9時間未満			
	一日当たりの利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,690円	669円	1,338円	2,007円
要介護2	7,910円	791円	1,582円	2,373円
要介護3	9,150円	915円	1,830円	2,754円
要介護4	10,410円	1,041円	2,082円	3,123円
要介護5	11,680円	1,168円	2,336円	3,504円

【介護保険給付対象となる加算】

加算項目		1割負担	2割負担	3割負担	単位	該当
介護給付	入浴介助加算(Ⅰ)	40円	80円	120円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	入浴介助加算(Ⅱ)	55円	110円	165円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	中度者ケア体制加算	45円	90円	135円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56円	112円	168円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76円	152円	228円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20円	40円	60円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	ADL維持等加算(Ⅰ)	30円	60円	90円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	ADL維持等加算(Ⅱ)	60円	120円	180円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	認知症加算	60円	120円	180円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	若年性認知症受入加算	60円	120円	180円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	栄養改善加算	200円	400円	600円	1回につき (月2回まで)	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制加算(Ⅰ)	22円	44円	66円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制加算(Ⅱ)	18円	36円	54円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制加算(Ⅲ)	6円	12円	18円	1回につき	<input type="checkbox"/>
	科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1回につき	<input type="checkbox"/>
送迎減算	△ 47円(片道)				<input type="checkbox"/>	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数×9.0%				<input type="checkbox"/>	

【介護保険対象外サービス】

項目	費用	備考
食事サービス費用	700円/食	当日8:00以降のご連絡はキャンセル料が発生します。
紙おむつ・衛生用品	実費	

サービス提供にあたり、本書面に基づいてサービス費に関わる費用について説明を行いました。

説明日： 年 月 日

【事業所】 所在地：新潟県十日町市川治4525番地

事業所：デイサービスセンターまほろばの里川治

説明者：生活相談員

上記金額について、事業所より説明を受けました。

【確認者】 お名前： \_\_\_\_\_

## 通所介護得現行相当サービス 利用料金表

利用料金表は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額とし、介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」に記載のある割合分を自己負担額としています。尚、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額が改定された場合は、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後、速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。介護保険料滞納に伴い、給付制限を受けている利用者については、利用者負担額及び支払方法が変わることがあります。

### 【通所介護現行相当サービス 利用料金】

要支援状態区分	回数	利用料金	介護保険適用時の自己負担		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1～4回まで	4,360円/日	436円/日	872円/日	1308円/日
	5回以上	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
要支援2	5～8回まで	4,470円/日	447円/日	894円/日	1,341円/日
	9回以上	36,210円/月	3,621円/月	7,242円/月	10,836円/月

### 【介護保険給付対象となる加算】

総合事業	加算項目		1割負担	2割負担	3割負担	単位	該当
		口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円	300円	450円	1月につき
	口腔機能向上加算(Ⅱ)		160円	320円	480円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	栄養改善加算		200円	400円	600円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	一体的サービス提供加算		480円	960円	1,440円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	生活機能向上グループ活動加算		100円	200円	300円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	若年性認知症受入加算		240円	480円	720円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	科学的介護推進体制加算		40円	80円	120円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1	88円	176円	264円	1月につき	<input type="checkbox"/>
		要支援2	176円	352円	528円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72円	144円	216円	1月につき	<input type="checkbox"/>
		要支援2	144円	288円	432円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1	24円	48円	72円	1月につき	<input type="checkbox"/>
		要支援2	48円	96円	144円	1月につき	<input type="checkbox"/>
	送迎減算		△ 47円 (片道)				<input type="checkbox"/>
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		所定単位数×9.0%				<input type="checkbox"/>

【介護保険対象外サービス】

項 目	費 用	備 考
食事サービス費用	700円／食	当日8:00以降のご連絡はキャンセル料が発生します。
紙おむつ・衛生用品	実 費	

サービス提供にあたり、本書面に基づいてサービス費に関わる費用について説明を行いました。

説明日：                    年            月            日

【事業所】 所在地：新潟県十日町市川治4525番地

事業所：デイサービスセンターまほろばの里川治

説明者：生活相談員

上記金額について、事業所より説明を受けました。

【確認者】 お 名 前： \_\_\_\_\_

