

デイサービスセンターすまいる 概要

1. 営業日

1月4日～12月29日

2. 利用定員

- ・ 1F 23名
- ・ 2F 15名

3. 提供時間

- ・ **1F、2F通所介護**
9：30～16：40（7時間10分）（要介護の方）
10：00～15：40（5時間40分）（要支援及び事業対象者の方）
- ・ **時間短縮のご利用をご希望の方**
9：30～15：40（6時間10分）（要介護の方）
10：00～15：40（5時間40分）（要介護の方）

※ その他の時間短縮につきましては、その都度ご相談ください。

4. サービス提供範囲

斑鳩町・安堵町・王寺町・三郷町・平群町・上牧町・河合町・広陵町・香芝市の西名阪自動車道
出入口より北側・大和郡山市小泉町より西側

※ サービス提供範囲外につきましては一度ご相談下さい。

4. 1ヶ月の利用料金

【当該市町村が定める基準額 1割負担の場合】

- ・ **1F、2F通所介護をご利用の方**
要支援1・事業対象者の方（週1回程度月5回以上ご利用の方） 1,679円/1ヶ月
（週1回程度月4回までのご利用の方） 386円/1回
要支援2・事業対象者の方（週2回程度月9回以上ご利用の方） 3,441円/1ヶ月
（週2回程度月8回までのご利用の方） 397円/1回

【介護保険給付費 1割負担の場合】

- ・ **1F、2F通所介護をご利用の方**
要介護1の方 657円/1回
要介護2の方 776円/1回
要介護3の方 900円/1回
要介護4の方 1,023円/1回

要介護5の方 1, 146円/1回

・ 時間短縮でのご利用の方

(9:30~15:40ご利用)

要介護1の方 583円/1回
要介護2の方 689円/1回
要介護3の方 795円/1回
要介護4の方 901円/1回
要介護5の方 1, 007円/1回

・ 時間短縮でのご利用の方

(10:00~15:40ご利用)

要介護1の方 569円/1回
要介護2の方 673円/1回
要介護3の方 776円/1回
要介護4の方 880円/1回
要介護5の方 983円/1回

【その他加算料金】

【サービス提供体制強化加算Ⅰイ 1割負担の場合】(介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上)

要支援1・事業対象者の方 73円/1ヶ月
要支援2・事業対象者の方 146円/1ヶ月
要介護1~要介護5の方 19円/1回

【中重度者ケア体制加算 1割負担の場合】(加算要件の人員配置基準に基づき人員を配置の上、ご利用者の総数のうち、要介護3以上の方々の割合数が30%以上)

要介護1~要介護5の方 46円/1回

【運動器機能向上加算 1割負担の場合】(看護師及び介護職員や相談員が共同して計画を立て運動器機能向上のサービスの実施を受けられた場合)

要支援1・要支援2・事業対象者の方 229円/1ヶ月

【個別機能訓練加算Ⅱ 1割負担の場合】(看護師及び機能訓練指導員による日常生活の為の生活機能向上を目的としたリハビリや訓練を受けられる場合)

要介護1~要介護5の方 57円/1回

【口腔機能向上加算 1割負担の場合】(看護師による口腔機能向上を目的として、口腔清掃指導や実施、

摂食嚥下機能に関する訓練の指導や実施を受けられた場合)

要支援1・要支援2の方・事業対象者の方

153円/1ヶ月

要介護1～要介護5の方

153円/1回

※受けられる場合は1ヶ月2回までの実施となります。

【入浴加算 1割負担の場合】(一般浴や寝たまま入れる特別浴、シャワー用車いすのまま入れるリフト浴において入浴された場合)

要介護1～要介護5の方

51円/1回

【処遇改善加算について】

処遇改善加算につきましては、1F通所介護及び2Fリハビリ特化型通所介護をご利用の要支援の方ならびに事業対象者の方及び要介護の方共に加算となります。

保険法令により定められた要件を満たしているサービス事業所(当事業所)に対し、ご利用料金の総額に5.9%乗じた金額が加算となります。

【特定処遇改善加算について】

特定処遇改善加算につきましては、1F通所介護及び2Fリハビリ特化型通所介護をご利用の要支援の方ならびに事業対象者の方及び要介護の方共に加算となります。

保険法令により定められた要件を満たしているサービス事業所(当事業所)に対し、ご利用料金の総額に1.2%乗じた金額が加算となります。

尚、利用料金及び加算料金等掲載金額につきましては、全て1割負担の金額となっております。但し、ご利用者の負担額につきましては、1割負担では無い方もいらっしゃいますので各ご利用者の負担割合証をご参照下さい。

また算出方法につきましては、サービス提供単位数に10.14円(7級地)を乗じ10割分を出します。

次に保険者の負担分の9割分を出します。

10割分から保険者の負担分の9割分を差引いた残りがご利用者負担分となります。

また、単位数から円を割り出す場合小数点以下端数は切り捨てとなりますので上記掲載料金表及び加算の料金とは、若干異なる場合がありますのでご了承ください。

また介護保険の給付を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※ サービス提供時間の前後に30分以内の日常生活上のお世話として自宅内電気の消点灯、更衣、ベッド等からの移乗、窓の施錠や戸締りなどを行った場合(担当ケアマネージャーの方に要相談)、合わせて提供時間とさせていただきます。従って余分な加算料金等は発生致しません。

【その他の料金】
【お食事代金】

690円／1食

【おやつ代金】

80円／1食

【とろみ（必要な方）】

ポタージュ状（ティースプーン1杯程度）70円／1日

ケチャップ状（ティースプーン2杯程度）140円／1日

ゼリー状（ティースプーン3杯程度）210円／1日

【オムツ代金（使用時）】

紙オムツ 130円／1枚

リハビリパンツ 130円／1枚

尿取りパッド 40円／1枚

尿取りパッドフラットタイプ 60円／1枚

【美容サービス（利用時）（保険外サービス）】

カット 2,500円／1回

毛染め 3,000円／1回

尚、オムツに関しては原則として持参して頂きますが、ご希望がある場合または急な必要時の場合はこちらでご用意させて頂きます。
その場合の料金となります。

美容サービスに関しては保険外サービスとして行っておりますので、ご要望がある場合は、担当ケアマネージャーの方にご相談下さい。
尚、予約制ですのでご了承ください。

5. お試し利用について

お試した後、引き続きご利用予定の場合に限り1回のみ行っています。

担当ケアマネージャーの方にご相談下さい。

尚、お試し利用については、食費等の実費分のみご請求をさせて頂いております。

また他のご利用者と同様のサービスとなりますので、ご契約・面談（安全にご利用して頂くための確認事項等）をさせて頂きます。ご利用の際は一度ご相談下さい。