

(三) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（ただし木曜日は除く）
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	木曜・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
機能訓練指導員	2名以上
看護職員	1名以上
介護職員	3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	665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	1420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。

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 を乗じた単位
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	所定単位数に 12/1000 を乗じた単位

※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、利用者は要介護度ごとの単位数の10割を支払うものとする。
- (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)	550円/回
-------------	--------

昼食代 (おやつなし)	500円/回
おやつのみ	50円/回

(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
リフレッシュシート	1袋 1200円/1枚 60円

(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。

ワズデイサービスセンター	電話番号： 086-436-8529 受付時間： 9:15~16:20 担当者： 小林 裕美子
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 (祝日除く)
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 (祝日除く)

(三) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（ただし木曜日は除く）
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	木曜・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
機能訓練指導員	2名以上
看護職員	1名以上
介護職員	3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	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。

運動器機能向上加算	225円/月
-----------	--------

栄養改善加算	200円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160円/月
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480円/月
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	700円/月
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
事業所評価加算	120円/月
若年性認知症受入加算	240円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1：72円/月 要支援2：144円/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に59/1000を乗じた単位
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に12/1000を乗じた単位

※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、利用者は要介護度ごとの単位数の10割を支払うものとする。

(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）	550円/回
昼食代（おやつなし）	500円/回
おやつのみ	50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
リフレッシュシート	1袋 1200円 / 1枚 60円

(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： 9:15～16:20 管理者： 小林 裕美子
(2) 倉敷市介護保険課	電話番号： 086-426-3343 受付時間： 8:30～17:15
(3) 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

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行うとともに、必要な措置をとる。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。
- (3) 事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、職員会議等で周知徹底する等再発防止策を講じる。