

# 指定居宅サービス事業者の指定票

事業所名	デイサービスセンター もやいの家 瑞穂
サービスの種類	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
所在地	岐阜県瑞穂市本田2050番地1
電話番号	058-322-5220
FAX	058-322-5221
ホームページ	https://www.sun-village.jp/
管理者	玉城 栄之功
事業所番号	2193200033
開設年月日	平成23年3月31日
営業日	月曜日～土曜日(但し年始1/1～1/3は除く)
サービス提供時間	9:00～16:30
利用定員	12名
通常の送迎の実施地域	瑞穂市 本巣市(旧根尾村を除く) 北方町

職員体制 (主たる職員)	従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格重複有
			常勤		非常勤				
			専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			0.2	1	社会福祉士	
生活相談員	2		1		1	1.2	7.5h	介護支援専門員	
介護職員	12	2	1	7	1	6.5	7.5h	介護福祉士	
看護職員	1		1			0.5		看護師	
機能訓練指導員	2		1	1		0.6	2h/日	管理栄養士	
管理栄養士	1			1		0.1			

苦情等申立先	窓口担当者	名誉常務理事: 太田 澄子 管轄管理者: 玉城 栄之功
	ご利用方法	電話 058-322-5220 苦情箱(玄関に設置)
	ご利用時間	毎日 8:30～17:30
	市町村苦情相談	お住まいの市町村役場・介護保険担当窓口
	岐阜県国民健康保険団体連合会	介護保険担当苦情相談係 電話 058-275-9826

相談・苦情申立の第三者機関	機関の名称	福) 新生活 外部サービス向上委員会 代表 樋口 通子
	サービス向上委員紹介・苦情処理詳細は玄関に備えてあります	

協力医療機関	医療機関の名称	みずほクリニック
	院長名	木村 敦
	所在地	岐阜県瑞穂市本田556-1
	電話番号	058-327-5252
	医療機関の名称	岐阜清流病院
	院長名	名和 隆英
所在地	岐阜県岐阜市川部3丁目25番地	
電話番号	058-239-8111	

介護保険給付対象サービス費							自己負担金 1単位=10円	
基準通所介護費	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
3時間以上4時間未満	475 単位/回	526 単位/回	543 単位/回	597 単位/回	653 単位/回	708 単位/回	762 単位/回	
4時間以上5時間未満	497 単位/回	551 単位/回	569 単位/回	626 単位/回	684 単位/回	741 単位/回	799 単位/回	
5時間以上6時間未満	741 単位/回	828 単位/回	858 単位/回	950 単位/回	1040 単位/回	1132 単位/回	1225 単位/回	
6時間以上7時間未満	760 単位/回	851 単位/回	880 単位/回	974 単位/回	1066 単位/回	1161 単位/回	1256 単位/回	
7時間以上8時間未満	861 単位/回	961 単位/回	994 単位/回	1102 単位/回	1210 単位/回	1319 単位/回	1427 単位/回	

加算費 ※ご家族の送迎等により、事業所が送迎を実施していない場合 47単位/片道 減算 ☆栄養改善加算、口腔機能向上加算(Ⅰ)は1月に2回まで加算 ☆口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)は6月に1回を限度とする加算	入浴介助加算(Ⅰ)	40 単位/日
	入浴介助加算(Ⅱ)	55 単位/日
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	27 単位/日
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月
	ADL維持加算(Ⅰ)	30 単位/月
	ADL維持加算(Ⅱ)	60 単位/月
	栄養改善加算 ☆	200 単位/回
	口腔機能向上加算(Ⅰ) ☆	150 単位/回
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) ☆	20 単位/回
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) ☆	5 単位/回
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	22 単位/回
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険給付対象サービス費及び加算総額の 18.1%相当額	

介護保険給付対象外サービス費	交通費	通常の送迎サービス実施区域を越えた地点より 33円/km(税込) 朝:300円 昼:770円(間食代含む) 夕:670円
	食事代	特別な食事(オプション):実費
	時間外利用料	提供時間を超過してサービスを提供した場合 500円/30分
	その他	ご利用者にご負担頂くことが適当と認められる費用
	キャンセル料	600円 ご利用前日の15:30迄に連絡なくキャンセルされた場合 但し、急病時等緊急時やむを得ない場合は除く

介護保険外サービス費	体験利用料	1000円 (食事代・送迎料含む)
------------	-------	-------------------

利用料について	利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、法廷代理受領サービスであるときは、その1割又は2割、3割の額となります。
---------	--

