馬室たんぽぽ翔裕園デイサービスセンター重要事項

（令和 7年 4月 1日現在）

運営法人	社会福祉法人　元気村	施設名	馬室たんぽぽ翔裕園 デイサービスセンター
代表者	理事長　　神成　裕介	管理者	施設長　　福田　衣代
所在地	鴻巣市東1丁目1番25号	所在地	鴻巣市原馬室3335番
電話番号	048－544－0880	電話番号	048－541－5000

定員	30名
施設理念	あったか我が家　まむろ 「家族主義」の精神に基づき、ご入居者及びご利用者がその人らしく、そして潤いのある家庭的な生活を送って頂けるサービスを提供します
主な提供サービス	入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、 健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活上の世話、機能訓練
主な職員配置	管理者1人、生活相談員1人以上、看護職員1人以上、介護職員4人以上、機能訓練指導員　非常勤1名以上、栄養士　1人以上（特養兼務）
事業所の通常の事業の実施地域	鴻巣市・北本市・吉見町
協力病院	医療法人社団　鴻愛会　こうのす共生病院　鴻巣市上谷2073－1 医療法人社団　ﾃﾞﾝﾀﾙｹｱｺﾐｭﾆﾃｨｰ　鴻巣市東2丁目1－8　1階

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年始（1月1日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前8時45分から午後5時45分まで 延長時間は、営業時間内（午後6時）までとします。

利用料金

【通所介護費（通常規模型）】（1 日あたり）

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5時間以上 6 時間未満	1割負担	585 円	691 円	797 円	903 円	1,010 円
	2割負担	1,170 円	1,382 円	1,594 円	1,806 円	2,020 円
	3割負担	1,755 円	2,073 円	2,391 円	2,709 円	3,030 円
6時間以上 7時間未満	1割負担	599 円	707 円	817 円	925 円	1,035 円
	2割負担	1,198 円	1,414 円	1,634 円	1,850 円	2,070 円
	3割負担	1,797 円	2,121 円	2,451 円	2,775 円	3,105 円
7時間以上 8時間未満	1割負担	675 円	797 円	924 円	1,050 円	1,178 円
	2割負担	1,350 円	1,594 円	1,848 円	2,100 円	2,356 円
	3割負担	2,025 円	2,391 円	2,772 円	3,150 円	3,534 円
8時間以上 9 時間未満	1割負担	687 円	812 円	939 円	1,069 円	1,199 円
	2割負担	1,374 円	1,624 円	1,878 円	2,138 円	2,398 円
	3割負担	2,061 円	2,436 円	2,817 円	3,207 円	3,597 円

・加算

以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が加算されます。

		1割負担	2割負担	3 割負担
延長加算	所要時間が 9 時間を超える場合、1 時間につき	52 円	103 円	154 円
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合、1 日につき	41 円	82 円	123 円
入浴介助加算Ⅱ	機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携した下で、当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	機能訓練指導員の職務に従事する職員を 1 名以上配置し、利用者の心身状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能を行った場合。専従1名以上（配置時間の定めなし）	57 円	114 円	171 円

個別機能訓練加算Ⅰロ	機能訓練指導員の職務に従事する職員を１名以上配置し、利用者の心身状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能を行った場合。専従1名以上（サービス提供時間帯を通じて）	78 円	156 円	234 円
個別機能訓練加算Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰに加えて、個別機能訓練加算等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること。	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合。 ※6 月に1回	20 円	40 円	60 円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能向上計画を作成し、それに基づいて口腔ケアを実施した場合。 月に 2 回を限度に加算。	154 円	308 円	462 円
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ※月2回を限度に加算。ⅠとⅡは併算定不可。	164 円	328 円	492 円
送迎減算	利用者の居宅と通所介護間で送迎を行わない場合。	▲48 円	▲96 円	▲144 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70％以上 ②勤続10年以上介護福祉士　25％以上	22 円	44 円	66 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士50％以上	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40％以上 ②勤続7年以上30％以上	6 円	12 円	18 円

ADL維持等加算I	以下の要件を満たすこと。 イ　利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。 ロ　利用者等全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。 ハ　利用開始月の翌月から起算して 6 月目の月に測定した ADL 値を控除し、初月の ADL 値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値について、利用者等から調整済 ADL 利得の上位及び下位それぞれ 1 割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること。※月に1回	30 円	60 円	90 円
ADL維持等加算II	・ADL維持等加算Iのイとロの要件を満たすこと。 ・評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。 ※IとIIは併算定不可。月に1回	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制加算	以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ・LIFEへのデータ提出頻度は少なくとも3月に1回。	41 円	82 円	123 円

認知症加算	規定通りの職員の配置を行い、指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3か月間の利用者の総数のうち、認知症の利用者の割合が15%以上であること。 専ら通所介護の提供にあたる認知症介護に係る研修の修了者を１名以上配置していること。 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。	61円	122円	183円
中重度ケア体制加算	規定通りの職員の配置を行い、指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3か月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3以上である者の占める割合が30%以上であること。	46円	92円	138円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	１月につき所定単位数の9.2% ※（注１）	左記金額の 1割又は2割又は3割		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	１月につき所定単位数の9.0% ※（注１）	左記金額の １割又は２割又は3割		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	１月につき所定単位数の8.0% ※（注１）	左記金額の １割又は２割又は3割		

（注１）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※上記金額の自己負担額については、１日または１回あたりの介護報酬単価数に地域単価数（10.27)を乗じ、その１割又は2割又は3割相当額を切り捨てて算出するため、ご利用回数等により変動がございます。
※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担金を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）償還払いとなる場合は、ご契約者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

（2）第一号通所事業（通所型サービス）の利用料

ア. 基本利用料（カッコ内は単位数）

【第一号通所事業（通所型サービス）】　　地域単価：10．27円

利用者の要介護度	介護予防通所介護費（1月あたり）			
	基本利用料	利用者負担金（＝基本利用料の1割又は2割又は3割）		
		1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	18,465円（1,798）	1,846円	3,693円	5,539円
要支援2	37,187円（3,621）	3,718円	7,437円	11,156円

上記の基本利用料は、保険者が定める単位数に地域単価数（10.27)を乗じた金額になります。これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。また、1割及び2割及び3割負担の基準については市町村が発行する「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

イ. 加算　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算I	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合。	1,540円	154円	308円	462円
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ※月2回を限度に加算 ⅠとⅡは併算定不可	1,643円	164円	328円	492円

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中、6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合。 ※6月に1回		205円	20円	40円	60円
科学的介護推進体制加算	以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ・LIFEへのデータ提出頻度は少なくとも3月に1回。		410円	41円	82円	123円
送迎減算	送迎を行わない場合。		▲482円	▲48円	▲96円	▲144円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 （1月につき）	事業対象者 要支援1	903円	90円	180円	271円
		要支援2	1807円	180円	361円	542円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 （1月につき）	事業対象者 要支援1	739円	73円	147円	221円
		要支援2	1478円	147円	295円	443円
サービス提供体制強化加算III	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 （1月につき）	事業対象者 要支援1	246円	24円	48円	72円
		要支援2	492円	49円	98円	147円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月につき所定単位数の9.2% ※（注1）			左記金額の 1割又は2割又は3割		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月につき所定単位数の9.0% ※（注1）			左記金額の 1割又は2割又は3割		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1月につき所定単位数の8.0% ※（注1）			左記金額の 1割又は2割又は3割		

（注 1）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
※上記金額の自己負担額については、1 日または 1 回あたりの介護報酬単価数に地域単価数（10.27)を乗じ、その 1 割又は 2 割又は 3 割相当額を切り捨てて算出するため、ご利用回数等により変動がございます。

（3）その他の費用

品　　目	費　　用	内容の説明
送迎サービス	100円/Km	通常の実施区域を越える送迎
食　　費	800円/食	昼食の提供に要する調理及び加工とその食材費 ※おやつ代含む
クラブ活動費	実費	材料費（1回あたり30円～500円程度）
行事活動費	実費	行事に参加された場合、費用に応じた実費
おむつ代	紙おむつ　110円 ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ　130円 尿取りﾊﾟｯﾄ　42円	当センターのおむつをご利用になる場合
複写サービス	11円/1頁	サービス提供等の記録の複写物を必要とする場合
写真サービス	実費	当センターの活動にて撮影した写真を購入希望の場合
そ の 他	実費	利用者にご負担いただくことが適当であると認められるもの

【キャンセル料】

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日前日１８時までの連絡	無料
上記以降または連絡無し	食材費 800 円

体調や急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

第一号通所事業（通所型サービス）は対象外。

◯施設の苦情窓口

当施設の 苦情受付担当者	堀口育男　（生活相談員）	電話048-541-5000
解決責任者	福田衣代　（馬室たんぽぽ翔裕園　施設長）	同上
第三者委員	加藤　典子（看護師）	

〇行政機関その他の苦情相談窓口

鴻巣市役所　介護保険課	電話　048-541-1321
北本市役所高齢介護課	電話　048-591-1111
吉見町役場健康推進課介護保険係	電話　0493-54-1511
埼玉県国民健康保険団体連合会　介護保険課	電話　048-824-2568【苦情相談専用】
埼玉県福祉部地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当	電話　048-830-3251

〇利用者等の意見を把握する体制、第3者による評価の実施状況

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	**なし**
実施した年月日	**なし**
当該結果の開示状況	**なし**
第三者による評価の実施状況	**なし**
実施した年月日	**なし**
実施した評価機関の名称	**なし**
当結果の開示状況	**なし**