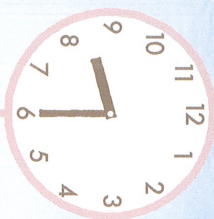
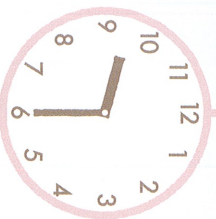


1日の  
スケジュール

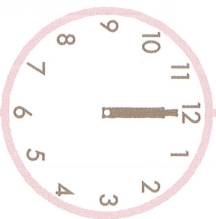


8:00~

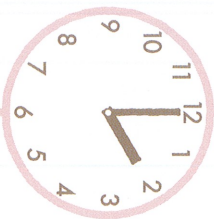
お迎え



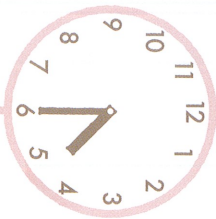
9:30~  
健康チェック



12:00~  
昼食・休憩



14:00~  
レクリエーション



16:30~  
お送り



お問い合わせ先

〒964-0202 二本松市針道字樺町29-1  
株式会社コスモデザインサポート  
◎協力医療機関/東和クリニック  
**TEL.0243-66-2230**  
FAX.0243-66-2620

デイサービスセンター  
**和・なごみ**

この町で  
みんな一緒に  
涼しく和む。



# この町に、 敬老支援社会を…。

敬老支援社会とは、養老であってはならない、単なる支援であってはならないという思いから、お年寄り、家族、地域社会の誰もがお互いに敬い、支援し、助け合う自立型社会のことです。そのため私たちは、お年寄りにとって二番目に心地よいサービスを提供し、家族、家庭がより心地よい最良の環境となるように支援したいと考えています。



## サービスプラン

おひとりおひとりの生活習慣、環境に応じたサービスを提供します。

- 1 送迎
- 2 健康チェック
- 3 お風呂
- 4 機能訓練
- 5 昼食
- 6 趣味活動
- 7 レクリエーション
- 8 生活・介護相談

提供日 / 月曜日～土曜日(祝日も提供します)  
尚、日曜日、12月31日～1月3日は  
お休みとさせていただきます。

提供時間 / 9:20～16:30

ご利用定員 / 32名様

ご利用  
できる方  
要支援・要介護認定で要支援 要介護  
1～5の認定を受けた方

施設・設備

デイルーム・広間・浴室(個室)・大浴場・  
静養室・相談室・機能訓練設備(マシン)  
使用によるパワーリハビリなど)給食

利用者

安心の  
医療連携の中で  
充実した  
サービスを

地域

クリニック

薬局

デイサービス  
センター

2021年10月1日現在



この町で、みんな一緒に楽しく和む

デイサービスセンター

# 「和・なごみ」

「サービス提供時間 9:20～16:30」

※送迎の時間は含みません

## 1. 予防通所介護利用料 ※(利用料小計+《食費×利用日数》)

| 介護度   | 介護費<br>①        | 運動器機能<br>向上加算<br>(I)ロ<br>② | 口腔機能向<br>上加算 I<br>③ | サービス提供体制<br>強化加算(Ⅲ)<br>④ | 事業所<br>評価加算<br>⑤ | 介護職員<br>処遇改善加算<br>I ⑥ | 特定処遇<br>改善加算 II<br>⑦ | 利用料小計<br>①-⑦                            | 食費<br>利用1回<br>につき |
|-------|-----------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|---|-------------------|
| 要支援 1 | 1,672<br>(単位・円) | 225<br>(単位・円)              | 150<br>(単位・円)       | 24<br>(単位・円)             | 120<br>(単位・円)    | 5.9%                  | 1.0%                 | 2,342円                                  | 600円              |
| 要支援 2 | 3,428<br>(単位・円) |                            |                     | 48<br>(単位・円)             |                  |                       |                      | ①～⑤の金額の総額に対して、<br>上記それぞれの割合で加算<br>されます。 |                   |

○利用料小計は月額料金になります。《※月の途中からのご利用の時は、介護費が契約日から日割りの計算となります。1日55円(要支援1)1日113円(要支援2)》

※③の加算は、チェックリスト等に該当する方で、口腔機能維持の指導等を希望される方へのみの加算となります。

※④と⑤の加算は、前年度の実績によって加算がない時がございます。詳しくは担当者にお聞きください。

※「介護保険負担割合証」の負担割合に応じて、①～⑤の金額がそれぞれ2倍、3倍の額となります。

## 2. 通所介護利用料 ※(利用料金合計×利用日数)

| 介護度   | 介護費<br>①        | 入浴介助加算 I<br>② | 個別機能<br>訓練加算<br>I 2<br>③ | 口腔機能<br>向上加算<br>(I)<br>④        | サービス提供<br>体制加算(Ⅲ)<br>⑤ | 介護職員処遇<br>改善加算(I)<br>⑥                      | 特定処遇<br>改善加算 II<br>⑦                                | 利用料小計<br>1日あたり最大<br>①-⑦の合計 | 食費<br>利用1回<br>につき |
|-------|-----------------|---------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|---|---|----------------------------|-------------------|
| 要介護 1 | 655<br>(単位・円)   | 40<br>(単位・円)  | 85<br>(単位・円)             | 150<br>(単位・円)<br>月2回を<br>限度とします | 6<br>(単位・円)            | ①～⑤の<br>うち利用した<br>総単位数に<br>5.9%が加算<br>されます。 | ①～⑤の<br>うち利用<br>した総単<br>位数に<br>1.0%が<br>加算され<br>ます。 | 1,000円                     | 600円              |
| 要介護 2 | 773<br>(単位・円)   |               |                          |                                 |                        |   |   | 1,127円                     |                   |
| 要介護 3 | 896<br>(単位・円)   |               |                          |                                 |                        |   |   | 1,258円                     |                   |
| 要介護 4 | 1,018<br>(単位・円) |               |                          |                                 |                        |   |   | 1,389円                     |                   |
| 要介護 5 | 1,142<br>(単位・円) |               |                          |                                 |                        |   |   | 1,521円                     |                   |

※③の加算は、チェックリスト等に該当する方で、口腔機能維持の指導等を希望される方へのみの加算となります。

※⑤の加算は、前年度の実績によって加算がない時がございます。詳しくは担当者にお聞きください。

※「介護保険負担割合証」の負担割合に応じて、①～⑤の金額がそれぞれ2倍、3倍の額となります。

### 《お問い合わせ先》

問い合わせ、見学をご希望の方は下記までお問い合わせ下さい。

住所：二本松市針道字櫓町29-1  
デイサービスセンター和・なごみ



電話 0243-66-2230

FAX 0243-66-2620



担当：原田・佐藤・菅野