

# リハビリ特化型デイサービス



## 利用の流れ

- ① 担当ケアマネジャーに連絡をお願いします。  
ご利用希望とお伝えください。
- ② 担当ケアマネジャーと調整します。  
空き状況、サービス内容等を調整します。  
自宅での様子やご希望を確認します。
- ③ 体験利用 ※ご希望の方のみ  
昼食代のみご負担いただきます。
- ④ ご自宅に伺い、利用日の調整・契約を行います。  
住環境を確認させていただく場合があります。
- ⑤ 利用開始  
デイサービス利用開始となります。

## 1日の利用の流れ（例）

- 8:40～ 9:30 ご自宅までお迎えに参ります。
- 9:00～10:00 健康チェック
- 10:00～11:30 機能訓練・自主訓練  
入浴(見守り～一部介助程度)
- 11:40～ 口腔体操  
12:00～ サニー!!ランチ  
リラクゼーション、自主訓練
- 14:00～ 集団体操  
レクリエーション
- 15:10～15:40 ご自宅にお送り致します。

ご利用のお問い合わせ・  
ご相談・体験利用・ご見学は

電話 0567-25-0321

担当:磯貝・大角・今村



サニー!! デイサービス  
Meihansou

サービス利用に際しては、要介護認定が必要です。担当のケアマネジャーにご相談ください。  
また介護認定の申請をされていない方についてはサニーデイサービス担当者にお問い合わせください。

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 営業時間                                  | 8:30～17:30  |
| 通所介護・通所介護相当(支援現行)<br>介護度1～5、要支援1、要支援2 | 9:00～15:40 但し、送迎距離に応じて<br>①9:00～15:10 ②9:30～15:40 どちらかで対応します。 |
| 通所サービスA(緩和)<br>要支援1、要支援2、事業対象者        | 10:00～14:00   |
| 定休日                                   | 日曜日<br>年末年始(12月31日～1月3日)                                      |

～介護度別の利用料金～

■介護度1～5の方は1日あたりの料金となります。

(単位)

|      | 施設<br>サービス費 | 入浴介助<br>加算(I) | 個別<br>機能訓練<br>加算(I)イ<br>※1 | 個別<br>機能訓練<br>加算(I)ロ<br>※2 | 個別<br>機能訓練<br>加算(II)<br>※3 | 口腔<br>機能向上<br>加算II<br>※4 | 口腔・栄養<br>スクリーニング<br>加算<br>※5 | 科学的介護<br>推進体制<br>加算<br>※6 | サービス提供<br>体制強化加算II | 処遇改善<br>加算I     | 特定<br>処遇改善<br>加算I |
|------|-------------|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| 介護度1 | 581         | 40            | 56                         | 85                         | 20                         | 160                      | 5                            | 40                        | 18                 | 所定単位数の<br>×5.9% | 所定単位数の<br>×1.2%   |
| 介護度2 | 686         |               |                            |                            |                            |                          |                              |                           |                    |                 |                   |
| 介護度3 | 792         |               |                            |                            |                            |                          |                              |                           |                    |                 |                   |
| 介護度4 | 897         |               |                            |                            |                            |                          |                              |                           |                    |                 |                   |
| 介護度5 | 1,003       |               |                            |                            |                            |                          |                              |                           |                    |                 |                   |

※1 機能訓練指導員を専従で1名以上配置(配置時間の定めなし)

※2 機能訓練指導員を専従で1名以上配置(サービス提供時間帯を通じて配置)配置が満たない場合は、※1(I)イを算定。

※3 月に1回算定。加算Iに加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け活用している場合。

※4 月に2回算定。口腔機能向上加算Iの要件を満たしていること。

利用者ごとの口腔機能向上加算計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け活用している場合。

※5 6月ごとに1回算定。(算定月は6月、12月)栄養状態の確認を行い、担当ケアマネジャーに提供している場合。

※6 月に1回算定。利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け活用している場合。

■介護予防・日常生活支援事業(要支援1、2・事業対象)の方は1月あたりの料金となります。

(単位)

| 愛西市                  |            | 施設<br>サービス費 | 選択的<br>サービス複数実施<br>加算I<br>※1 | 運動器<br>機能向上<br>加算<br>※1 | 口腔<br>機能向上<br>加算II<br>※1 | 口腔・栄養<br>スクリーニング<br>加算<br>※2 | 科学的<br>介護推進体制<br>加算<br>※3 | サービス提供<br>体制強化<br>加算II | 処遇改善<br>加算I     | 特定<br>処遇改善<br>加算 |
|----------------------|------------|-------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|------------------|
| 通所介護<br>相当サービス       | 事業対象者・要支援1 | 1,672       | 480                          | 225                     | 160                      | 5                            | 40                        | 72                     | 所定単位数の<br>×5.9% | 所定単位数の<br>×1.2%  |
|                      | 要支援2       | 3,428       |                              |                         |                          |                              |                           |                        |                 |                  |
| 通所型<br>サービスA<br>(緩和) | 事業対象者・要支援1 | 1,338       | 384                          | 180                     | 128                      | 4                            | 32                        | 72                     | 所定単位数の<br>×5.9% | 所定単位数の<br>×1.0%  |
|                      | 要支援2       | 2,742       |                              |                         |                          |                              |                           |                        |                 |                  |

☆要支援・事業対象者の方は、入浴サービスは対象外となります。

※1 週1回かつ月2回以上満たしていない場合は、運動器機能向上加算、口腔機能向上加算IIを算定。

※2 6月ごとに1回算定。(算定月は6月、12月)

※3 月に1回算定。利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け活用している場合。

□当施設の地域区分(愛西市)は6級地に該当するため1単位が10.27円となります。

□自己負担分は負担割合証に記載された負担割合となります。

□食費は710円です。

詳しくは、サニー!!デイサービスMeihansouまでお問い合わせください。

社会福祉法人 貞徳会  
サニー!!デイサービスMeihansou

〒496-8013

愛西市見越町高畑227番1

TEL: 0567-25-0321

FAX: 0567-25-0335

MAIL: sunny321@meihansou.jp

