

介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書及びサービス説明書

【令和6年5月1日現在】

1 事業所の概要

(1) 事業所名・介護保険事業の種類及び地域

事業所名	みつばデイサービスセンター	管理者名	八木 清子
所在地	千葉県銚子市豊里台1丁目1044番地の20		
事業種別	介護予防通所介護相当サービス (事業所番号 第1270700873号)		
サービスを提供する通常地域	銚子市		

(2) 職員体制

職種	資格	一般		主な業務内容
		常勤・非常勤の別		
		常勤	非常勤	
管理者	介護福祉士	1名		業務の統括
生活相談員	介護福祉士	2名 (2名兼務)		利用者の生活相談及び連絡調整業務
看護職員	看護師	1名	2名 (2名兼務)	利用者の看護及び保健衛生業務
介護職員	介護福祉士	3名		利用者の介護及び援助業務
機能訓練指導員	看護師 理学療法士 作業療法士	2名	2名 (2名兼務)	利用者の機能訓練指導及び計画作成業務

(3) 設備の概要

定員 一般型 18名						
浴室	一般浴室	3室	食堂兼機能回復訓練室	1室	相談室	1室
	特殊浴室	1室	介護者教育室	1室	静養室	1室

2 サービスの基本的内容

- (1) 「介護予防通所介護相当サービス」は、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行います。又、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。

3 提供するサービスの内容

(1) 個別通所介護計画書の立案

居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターが作成したサービス計画書に基づき、利用者の日常生活を維持する見地から、利用者の意向を踏まえた上で、個別通所介護計画書を作成し、説明を行い交付します。

(2) サービスの内容（詳細は、「個別通所介護計画書」で説明いたします。）

① 共通的服务

送迎、食事、入浴、生活相談、レクリエーション、排泄等

② 選択的服务

ア 口腔機能向上

口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施いたします。

イ 栄養スクリーニング

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有いたします。

ウ 栄養アセスメント

栄養改善の必要性を的確に把握し、適切なサービスを実施いたします。

③ 衛生管理

事業者は、感染症の発生及びまん延防止のためのマニュアルを整備し、従業者に対し感染症対策委員会の開催、研修、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。

従業者は、感染症の発生及びまん延防止のために必要な措置を講じます。

事業者は感染症や災害が発生した場合、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する観点から業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。

④ 地域との連携

事業所の運営に当たっては、非常災害対策等（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施）地域住民又は住民活動との連携や協力を行うなど、地域交流に努めます。

4 営業日等

(1) 営業日及び営業時間

平日・土曜・祝日 (休業日：日曜・1月1日～3日)

午前 8時30分～午後 5時30分

(2) サービス提供時間

午前 9時00分～午後 4時15分

5 料金

(1) 介護予防通所介護相当サービス費

	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の自己負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

・介護予防・生活支援サービス事業対象者

	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の自己負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
週1回利用 程度	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
週2回以上 利用程度	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

(2) 介護予防通所介護相当サービス加算等

①口腔機能向上加算Ⅱ 160単位/月

*口腔機能が低下している又はそのおそれのあるご利用者に対して、口腔清掃の指導若しくは実施又は
摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施

②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6カ月に1回を限度) 20単位/回

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6カ月に1回を限度) 5単位/回

*口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出

③栄養アセスメント加算 50単位/月

*栄養改善の必要性を的確に把握し、適切なサービスに繋げる

④サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 要支援1 88単位/月

要支援2 176単位/月

*介護福祉士の資格保有者70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上

⑤科学的介護推進体制加算 40単位/月

*全ての利用者に係るデータを厚生労働省に提出し、介護の質の向上の取り組みを推進

⑥介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 月単位合計数の 5.9%

*これまでの介護職員処遇改善交付金を円滑に介護報酬に移行し、介護職員の賃金改善に充てることを目的として創設

⑦介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 月単位合計数の 1.2%

*従来の処遇改善加算に加え、キャリア（経験・技能）のある介護職員に対し、更なる処遇改善を行う

⑧介護職員等ベースアップ等支援加算 月単位合計数の 1.1%

*介護職員の収入を3%程度引き上げるための措置を講じるため創設

令和6年6月より

介護職員等処遇改善加算 月単位合計数の 9.2%

*これまでの介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算の各区分の要件及び加算率を組み合わせる形で、令和6年6月から「介護職員等処遇改善加算」へ一本化

(3) その他自己負担となるもの

①昼食代（おやつ含む） 600 円/日

②通常の事業の実施地域以外の送迎に要する費用及びレクリエーション特別企画参加料金等、不定期に発生する費用 実 費

③行事等で提供される、おやつに関する費用 実 費

*介護保険被保険者証の給付制限欄に、支払い方法変更「一旦全額自己負担となります。」や給付額の減額「保険給付が7割となります。」の記載がある場合は、これに基づいた利用料となります。

6 支払方法

原則として、利用料は、ご指定の預貯金証書による「口座自動引き落とし」とさせていただきます。

7 領収書の発行

口座自動引き落とし後、すみやかに発行します。

8 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）0479-26-3401

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

9 その他の特約事項

10 緊急時及び事故発生時等の対応方法

お客様の急変やその他必要な場合、当施設における緊急時対応マニュアルに沿って 対応をさせていただきます。

必要に応じ主治医（かかりつけ医）、救急隊並びにご家族の方に直ちに連絡し適切な 措置を講じます。

ご家族様氏名	続柄	電 話（携帯）	住 所
①			
②			
③			

かかりつけ医	電 話
① 科（ Dr. ）	
② 科（ Dr. ）	

緊急時及び事故発生時等相談連絡先

みつばデイサービスセンター 担当 管理者 八木清子
電話番号 0479-26-3401

11 サービス内容に関する相談及び苦情処理

当事業所の相談及び苦情処理

みつばデイサービスセンター 担当 管理者 八木清子
電話番号 0479-26-3401 生活相談員 伊藤由美子・江見由美子

千葉県国民健康保険団体連合会

電話番号 043-254-7409

銚子市役所

担当 高齢者福祉課

電話番号 0479-24-8181

* サービスについてご相談やご不満等ございましたら、どんなことでもお寄せください。

12 法人の概要

名称・法人種別 銚子メディクス株式会社
代表者役職・氏名 代表取締役 佐藤 雅宏
所在地・電話番号 銚子市西芝町 11 番地 5 0479-23-3337

定款の目的に定めた事業

- 1 介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業
- 2 介護保険法に基づく指定居宅サービス事業
- 3 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
- 4 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
- 5 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
- 6 介護予防・日常生活支援総合事業
- 7 住宅改修事業
- 8 医薬品の販売業
- 9 医療用機械器具の販売業
- 10 食料品、飲料品の販売業
- 11 医療用外毒物
- 12 化粧品の販売業
- 13 有料老人ホームの経営及び管理
- 14 薬局の経営並びに経営に係るコンサルティング事業
- 15 不動産賃貸業
- 16 あんまマッサージ指圧・はり・きゅう・柔道整復等の施術事業
- 17 太陽光等再生可能エネルギーによる発電及びその電力の販売
- 18 前各号に附帯する一切の事業

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 千葉県銚子市豊里台1丁目1044番地の20

事業者名 みつばデイサービスセンター

説明者

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名

家族又は代理人
住所

氏名

(続柄)