

# 指定地域密着型通所介護

## 重要事項説明書及びサービス説明書

【令和7年4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	指定地域密着型通所介護 (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 (1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	1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	1名 (1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) 「指定地域密着型通所介護サービス」は事業者が管理運営する特定の施設に通って当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・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、並びに機能訓練を行うサービスです。

## 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が作成した居宅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送迎

送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

#### ②食事

利用者に合った食事を提供します。

#### ③入浴

一般浴槽、特殊浴槽の2種類の浴槽を備え、見守りや直接介助により入浴を提供します。

#### ④機能訓練

機能レベルに応じた個別の機能訓練実施計画を作成したりハビリの他、グループを主体としたリハビリ、日頃の生活の中でのリハビリも実施いたします。

#### ⑤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します。

#### ⑥口腔・栄養スクリーニング

6カ月毎に口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員と情報を共有いたします。

#### ⑦栄養アセスメント

栄養改善の必要性を的確に把握し、適切なサービスに繋がります。

#### ⑧生活相談

担当職員が生活相談に応じます。また、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

#### ⑨レクリエーション

機能レベルに応じたレクリエーションプログラムを提供し、生活に潤いを与えます。内容により、原材料費を負担していただく場合があります。

#### ⑩排泄

随時、排泄介助をいたします。（オムツはご持参ください）

#### ⑪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。

#### ⑫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) 指定地域密着型通所介護費

	1日あたりの 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
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

※一般型については、通常規模で7時間以上8時間未満の単価

#### (2) 指定地域密着型通所介護加算等

##### ①入浴介助加算Ⅰ

40 単位/日

\*入浴介助を適切に行う事ができる人員及び設備を有している

##### 入浴介助加算Ⅱ

55 単位/日

\*各専門職と連携の上、入浴計画を作成し自宅に近い環境にて入浴介助を行う

##### ②口腔機能向上加算Ⅰ（1ヶ月に2回を限度）

150 単位/回

\*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

##### 口腔機能向上加算Ⅱ

160 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（口腔機能向上加算を算定している場合）  
5 単位/回

\*6 カ月毎に口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員と情報共有

④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

⑤個別機能訓練加算Ⅰイ 56 単位/日  
 （機能訓練指導員専従1名以上配置・配置時間の定めなし）

個別機能訓練加算Ⅰロ 76 単位/日  
 （機能訓練指導員専従1名以上配置・サービス提供時間帯通じて配置）

\*5人程度以下の小集団又は個別で機能訓練指導員が直接実施

個別機能訓練加算Ⅱ 20 単位/月

\*個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出

⑥中重度者ケア体制加算 45 単位/日

\*前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が30%以上

⑦延長加算

ア 算定対象時間 9時間以上10時間未満 50 単位/日

イ 算定対象時間 10時間以上11時間未満 100 単位/日

ウ 算定対象時間 11時間以上12時間未満 150 単位/日

エ 算定対象時間 12時間以上13時間未満 200 単位/日

オ 算定対象時間 13時間以上14時間未満 250 単位/日

⑧送迎減算 所定単位数から片道につき  
47 単位減算

\*居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合

⑨サービス提供体制強化加算Ⅰ 22 単位/回

\*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

⑩ADL維持等加算Ⅰ 30 単位/月

\*自立支援・重度化防止の観点からADL（日常生活動作）の良好な維持、又は改善の評価

⑪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

⑫介護職員等処遇改善加算Ⅰ 月単位数合計数の 9.2%

\*介護現場における人材確保や良質なサービス提供を続けることができるようにするため介護職員など職員の処遇改善に充てられる。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

\*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。

(3) その他自己負担となるもの

- ①昼食代（おやつ含む） 650 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

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

担当 管理者 八木清子 生活相談員 伊藤由美子・江見由美子  
電話番号 0479-26-3401

\*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

居宅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

居宅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 )

## 個人情報使用同意書（サービス事業者用）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画書に沿って円滑にサービスを提供するため

### 2 使用する事業者の範囲

事業者は、以下の場合に限り利用者に関する心身等の情報を含む個人情報を提供できるものとします。

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス担当者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス担当者との連絡調整のために必要な場合
- (3) 利用者が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師・看護師・関係機関に説明をする場合
- (4) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等
- (5) 事業所内の広報物または家族への説明等の場合
- (6) 立入検査等で行政機関への求めに応じて個人情報を閲覧する場合
- (7) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合

### 3 使用する期間

本契約の有効期間

### 4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

### 5 肖像権について

当事業者のホームページ、パンフレット、社内研修、掲示物、広報誌等において、利用者の映像、写真を使用する場合があります、使用については以下に○を記入下さい。

同意する

・

同意しない



令和 年 月 日

みつばデイサービスセンター 殿

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

家族又は代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 )