

# 介護予防通所介護 重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

愛知県知事指定 第 2374300420 号

令和7年4月改定

当事業所は、ご契約に対して介護予防通所介護サービスを提供します。  
事業所の概要やサービスの内容および提供方法を次のように説明します。

サービス  
みらい

## 1. 事業者の概要

- (1) 事業者の名称 有限会社 美来
- (2) 事業所の所在地 愛知県常滑市大野町6丁目11番地
- (3) 電話番号 0569-42-0867
- (4) 代表者氏名 川村 真司
- (5) 設立年月日 平成17年3月9日

## 2. ご利用事業所

- (1) 事業所の名称 デイサービス みらい
- (2) 指定番号 指定通所介護事業所 平成17年6月16日指定  
愛知県知事指定 第 2374300420 号
- (3) 所在地 愛知県知多市新舞子字明知山11-3
- (4) 電話番号 0569-44-0808
- (5) FAX番号 0569-44-0818
- (6) 管理者氏名 川村 英之
- (7) サービス提供地域 知多市、常滑市
- (8) 定員 27名(月～金曜日)

## 3. 事業の目的

### (1) 事業の目的

利用が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者における社会的孤立感を解消および心身機能の維持並びに、利用者家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。

### (2) 運営の方針

- ① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、利用者およびその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ② 利用者およびその家族に対して、サービスの内容および提供方法についてわかりやすく説明します。
- ③ 適切な介護と技術を持ってサービスを提供します。
- ④ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- ⑤ サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った介護予防通所介護を提供します。

#### 4. ご利用事業所の職員体制

① 管理者 1人以上

② 従業者

生活相談員 1以上（常勤換算）

看護職員 1人以上

介護職員 4以上（常勤換算）

機能訓練指導員 1人以上

従業者は、指定通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供に当る。

③ 調理員 2人以上

④ 送迎員 必要に応じた人数

⑤ 清掃員 必要に応じた人数

#### 5. 営業時間

(1) 営業日 月～金曜日（年末年始を除く）

(2) 営業時間 午前9：00～午後5：00

(3) サービス提供時間 午前9：10～午後4：20

(4) 利用定員 27名

#### 6. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、以下のサービスを提供します。

(1) 送迎

乗車時間を考慮し、巡回順、行程を決め、走行中は安全運転に努めます。

(2) 健康管理および状態把握

血圧、体温、脈拍などの健康管理を行い、心身の状態の把握に努めます。

(3) 入浴

家庭的な個割り浴にて、身体の清潔保持を行います。

(4) 食事（食材費は別途）

利用者の心身に合わせてメニューを考慮し、適切な状態に加工して用意します。

(5) 日常生活動作訓練および機能訓練

機械を利用した筋力トレーニングや専門スタッフによりマッサージ等を行うことにより廃用症候群を防ぎ、日常生活動作の現状維持および向上を図ります。

(6) レクリエーション

生きがいの発見、孤立感の解消を目的に、趣味活動、レクリエーションを行います

(7) 口腔ケア、栄養相談

口腔内の洗浄、うがいを励行します。栄養相談に応じます。

#### 7. 利用料

(1) 介護保険給付対象サービス

下記の料金表によって、ご契約の要支援度に応じたサービス利用料から

介護保険給付額を除いた金額(自己負担額は介護保険給付額に介護保険負担割合証の負担割合を乗じた額)をお支払い頂きます。

|                |      |              |
|----------------|------|--------------|
| 介護予防通所介護費      | 要支援1 | 17,980円(1ヶ月) |
|                | 要支援2 | 36,210円(1ヶ月) |
|                |      |              |
|                |      |              |
| 1、サービス提供体制強化加算 | 要支援1 | 240円(1ヶ月)    |
|                | 要支援2 | 480円(1ヶ月)    |

- \* 介護処遇改善加算Ⅳにより、1ヶ月間の合計に6.4%(0.064)を乗じた金額が加算となります。
- \* 地域加算により介護保険分の自己負担金の1カ月間の合計に、1.014を乗じた金額となります。
- \* ご契約時、要支援認定を受けていない場合は、サービス利用料金を一旦、全額お支払い頂きます。要支援の認定を受けた後に自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます(償還払い)。
- \* 居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。
- \* ご契約者に提供する食事にかかわる費用は別途頂きます。
- \* 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された給付額に合わせて、ご契約の負担額を変更いたします。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

| (1日あたり)         |                                   |
|-----------------|-----------------------------------|
| ご利用サービス         | 利用金額                              |
| 食費              | 900円                              |
| おむつ代            | 実費                                |
| 通常の事業実施区域以外への送迎 | 通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートルあたり100円 |

## 8. 苦情申立窓口

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けています。

担当者            管理者 川村 英之  
 受付時間        月～金曜日(午前9:00～午後17:00)  
 電話番号        0569-44-0808  
 F A X 番号      0569-44-0818

(2) 上記以外の相談窓口

知多北部広域連合 事業課 給付係(052-689-2263)  
 愛知県国民健康保険団体連合会 相談窓口(052-971-4165)  
 知多市 福祉部長寿課(0562-36-2625)  
 常滑市 高齢介護課(0569-47-6133)