

# 指定通所介護・指定介護予防通所介護重要事項説明書

〔平成 28年 6月 1日現在〕

## 1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 メグミ
代表者役職・氏名	代表取締役 芝野 徹
本社所在地・電話番号	埼玉県深谷市岡222番地1
法人設立年月日	平成19年1月4日

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

名 称	デイサービスセンターメグミ
事業所番号	通所介護・介護予防通所問介護 (指定事業所番号1174201341)
所在地	〒369-0201 埼玉県深谷市岡222番地1
電話番号	048-598-8801
FAX番号	048-598-8802
通常の事業の実施地域	深谷市

### (2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日まで (12月31日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前8時30分 から午後5時30分まで
サービス提供時間	1単位目 午前9時から午後4時15分まで
延長サービス可能時間帯	対応不可

### (3) 事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	<ul style="list-style-type: none"> <li>従業者と業務の管理を行います。</li> <li>従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> </ul>	常 勤 1人
生活相談員	生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	常 勤 1人 非常勤 人
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の健康状態の確認を行います。</li> <li>利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。</li> </ul>	常 勤 人 非常勤 2人

介護職員	必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤 2人 非常勤 6人
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。	常 勤 人 非常勤 2人
管理栄養士	栄養食事相談等の栄養管理を行います。	常 勤 人 非常勤 人
歯科衛生士	口腔機能向上の指導、訓練を行います。	常 勤 人 非常勤 人

### 3 サービス内容

- ・ 食事の提供・・・・・・・・・・ 1食あたり400円（全額自己負担）
- ・ 入浴（一般浴・機械浴）・・・・ 介助浴1回あたり500円  
（介護保険適用時の1回あたりの自己負担額50円）
- ・ 日常生活動作の機能訓練・・・・ 日常生活、レクレーションを通じた訓練
- ・ 送迎・・・・・・・・・・・・・・ 通常の事業実施区域を超えた地点から1kmあたり100円になります。
- ・ 個別機能訓練・・・・・・・・・・ 個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
- ・ 若年性認知症利用者受入・・・・ 出来ます。
- ・ 栄養改善・・・・・・・・・・・・ 低栄養状態又はそのおそれがある利用者に対し、栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを実施
- ・ 口腔機能向上・・・・・・・・・・ 口腔機能の低下している又はそのおそれがある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、口腔機能向上サービスを実施

### 4 利用料、その他の費用の額

#### (1) 通所介護の利用料

##### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

#### 【通所介護費（通常規模型）】

1回当たりの所要時間	介護度	基本利用料	利用者負担額
3時間以上 5時間未満	要介護1	3,853円	386円
	要介護2	4,421円	443円
	要介護3	4,999円	500円
	要介護4	5,556円	556円
	要介護5	6,134円	614円
5時間以上	要介護1	5,800円	580円

7時間未満	要介護2	6,854円	686円
	要介護3	7,909円	791円
	要介護4	8,963円	897円
	要介護5	10,018円	1,002円
7時間以上 9時間未満	要介護1	6,651円	666円
	要介護2	7,858円	786円
	要介護3	9,105円	911円
	要介護4	10,352円	1,036円
	要介護5	11,600円	1,160円

## イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

### ①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
入浴介助 加算	利用者の入浴介助を行った場合	1日につき 507円	51円

### (3) その他の費用

送 迎 費	通常の事業所の実施地域にお住まいの方は無料です。 それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。 通常の事業の実施地域を越えた地点から、 <u>1キロメートル当たり100円</u> となります。
食 費 (おやつ代含む)	1日につき <u>1,300円</u>
お む っ 代	1枚につき <u>実費</u>
日 常 生 活 費	利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、 <u>実費</u> をご負担していただきます。

### (4) キャンセル料（介護予防を除く）

利用予定日の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

利用日の前日17時までの連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	当該基本料金の40%の額
連絡がなかった場合	当該基本料金の80%の額

## 5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

### (1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月10日までに利用者あてにお届けします。

### (2) 支払い方法等

- ① 請求月の25日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
  - ・現金払い
  - ・事業者が指定する口座への振り込み
  - ・利用者が指定する口座からの自動振替
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）。

## 6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	医療法人 寿会 吉沢病院
	氏 名	
	所 在 地	埼玉県本庄市寿2-1-5
	電 話 番 号	0495-21-7781
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

## 8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事

業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日新火災海上保険株式会社
保険名	施設業務危険補償

## 9 非常災害対策

(1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火責任者： 管理者 芝野 進

(2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。

(3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

## 10 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 鷺坂 由江
電話番号	048-598-8801
受付時間	午前8時30分から午後17時30分まで
受 付 日	月曜日から日曜日まで (12月31日から1月3日までを除く。)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

深谷市 市民福祉課	048-574-6644
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568 (苦情相談専用)

## 10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

平成 年 月 日

指定通所介護、指定介護予防通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県深谷市岡222番地1  
法人名 株式会社 メグミ  
代表者名 代表取締役 芝野 徹

説明者

事業所名  
氏名

印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所  
氏名

印

(代理人) 住所  
氏名

印