

通所介護重要事項説明書

令和8年4月1日改定

1 事業所の概要

事業所名	メイフラワーデイサービス
管理者	三輪 善彦
所在地	兵庫県加東市屋度736番地262
電話番号	(0795)42-1083
介護保険事業所番号	2872500885
その他の提供サービス	居宅介護支援事業
営業日及び営業時間	営業日 月・火・水・木・金 営業時間 午前8時30分～午後6時まで サービス提供時間 午前9時30分～午後4時40分
休日	土曜日・日曜日 年末年始
サービス提供実施地域	加東市・西脇市・小野市・三木市・加西市
利用定員	35人

2 事業所の法人概要

名称	株式会社メイフラワーデイサービスセンター
所在地	兵庫県加東市屋度736番地262
法人種別	株式会社
代表者	松原 司

3 事業所の従業者

	資格	常勤	非常勤
管理者		1名	
生活相談員	介護福祉士・社会福祉主事	1名以上(兼務)	
介護職員	介護福祉士・1～2級ヘルパー	3名以上(兼務)	
看護職員	(准)看護師	1名以上(兼務)	
機能訓練指導員	(准)看護師	1名以上(兼務)	

4 事業所の目的・運営方針

事業の目的	メイフラワーデイサービス(以下「事業所」という。)が行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員・看護師・介護職員及び機能訓練指導員(以下「従業者」という。)が要介護又は要支援(以下、「要介護者等」という。)にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護サービスを提供することを目的とする。
運営方針	1 事業所の従業者は、要介護状態などの心身の特性をふまえて、お客様が可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ意欲をもって生きがいのある快適で豊かな日常生活を営むことができるよう、必要なお世話及び機能訓練等の介護、援助を行う。 2 お客様一人一人が自立した生活ができるように支援を行い、一人一人の個性を大切にして、常にお客様の立場にたった、明るく楽しい家庭的なサービスの提供に努める。 3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5 事業所相談及び苦情窓口及び受付時間

当事業所に対するご相談・要望・苦情などについては、下記の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

受付日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日(但し、緊急を要する場合はこの限りでない)
受付時間	午前9時から午後6時(但し、緊急を要する場合はこの限りでない)
担当者	北野 直樹、仁村 真弓
電話番号	(0795)42-1083
FAX番号	(0795)42-3454

上記以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

北播磨介護保険相談センター(社健康福祉事務所内)	
電 話	(0795)42-9356
兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	
電 話	(078)332-5617

6 サービス内容

ここで言う通所介護サービスとは、通所介護サービス計画書に定めるサービスを示し、また契約されたお客様本人に提供されるものであり、それ以外に対するサービスは行いかねます。

種 類	内 容
食 事	嚥下状態に応じた食事提供、食事介助
入 浴	身体状態に応じた入浴介助
排 泄	排泄の介助、誘導及び見守り
機能訓練	残存機能等の活用を促し日常生活の向上を目指す
健康チェック	バイタル確認等を行う健康チェック
生活相談及び援助	利用者との相談援助、家族への相談援助・介護指導
送 迎	自宅への送迎及び乗降時の介助 計画時間以外のご利用の方は基本的には、ご家族での送迎をお願いいたします。

7 利用料

- ① 通所介護サービスを提供した場合の利用料金は、介護報酬告示上の額とし当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、その**1割または2割もしくは3割**とします。
(介護保険負担割合証に基づく)
- ② 料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ③ 介護保険適用の場合も、保険料の滞納等により、事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合お客様は利用料金全額をお支払いいただきます。
利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行いたします。
当事業所が発行する証明書を住所地の市町村介護保険担当窓口へ提出していただきますと、後日払い戻しとなる場合があります。

④-1 通所介護サービス利用単位数

所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3～4時間	370	423	479	533	588
4～5時間	388	444	502	560	617
5～6時間	570	673	777	880	984
6～7時間	584	689	796	901	1008
7～8時間	658	777	900	1023	1148
8～9時間	669	791	915	1041	1168

※ 加算単位数

個別機能訓練加算 (Ⅰ)イ56単位/日 (Ⅰ)ロ76単位/日 (Ⅱ)20単位/日
ADL維持等加算 (Ⅰ)30単位/月 (Ⅱ)60単位/月

中重度ケア体制加算 45単位/日

認知症加算 60単位/日

栄養改善加算 200単位/回(3月以内、月2回を限度)

栄養アセスメント加算 50単位/月

口腔機能向上加算 (Ⅰ)150単位/回 (Ⅱ)160単位/回 (月2回を限度)

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)20単位/回 (Ⅱ)5単位/回 (6か月に1回を限度)

生活機能向上連携加算 (Ⅰ)100単位/月 (Ⅱ)200単位/月

若年性認知症利用者受入加算 60単位/回

入浴介助加算 (Ⅰ)40単位/日 (Ⅱ)55単位/日

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)22単位/日 (Ⅱ)18単位/日 (Ⅲ)6単位

科学的介護推進体制加算 40単位/月

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) 介護報酬総単位の92/1000単位数

介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) 介護報酬総単位の90/1000単位数

介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) 介護報酬総単位の80/1000単位数

介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ) 介護報酬総単位の64/1000単位数

※ 送迎を行わない場合は片道につき47単位の減算になります。

※ 上記利用料金について、見直される場合には別紙にてご案内させていただきます。

※ 単位の料金換算は、地域区分がその他(加東市)では1単位=10円となります。

※ 体制加算は事業所の体制により加算額が変動することがあります。

※ 算定加算につきましてはお客様の状態により算定項目が変わることがあります。

※ 金額につきましては別紙料金表にてご確認下さい。

※ 感染症や災害の影響により利用延人員数が減少した場合に、基本報酬への3%加算、又は事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例による評価を行います。

④-2 介護保険給付対象外のサービス利用料

種類	利用料		備考
お食事代	昼食	740円	おやつ代含む
	夕食	920円	独居等必要に応じて相談
おむつ・パット代	実費		使用された方のみ
日用品 (歯ブラシ、化粧品等)	実費		お客様の希望により、身の回り品として提供した場合のみ
教養娯楽費 (クラブ活動材料費等)	実費		お客様の希望により、教養娯楽として必要な物を提供した場合のみ

8 キャンセル料

重要事項説明書の第6項に定めるサービスをキャンセルされる場合、以下のキャンセル料をいただきます。但し、前日までにご連絡いただければ、キャンセル料はいただきません。

サービス提供の前日までにご連絡いただいた場合	無料
------------------------	----

※当日にキャンセルのご連絡をいただいた場合は キャンセル料として その日のお食事代を請求させていただきます。

9 料金の請求及びお支払い方法

- ① 当事業所は、当月料金の合計金額の請求書に明細を付けて、翌月の10日までにお客様宅に送付いたします。お客様は当月料金を月末までに現金又は銀行振り込みにてお支払い願います。

当事業所取引銀行 みのり農業協同組合 社支店
普通貯金 口座番号 278013
当座名義人 株式会社 メイフラワーデイサービスセンター

- ② 当事業所は、お客様からの料金の支払いを受けた場合は、お客様に対して領収書を発行いたします。

10 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の急変等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医・救急隊・親族居宅支援事業者等へ連絡いたします。

11 サービスご利用上の留意事項

- ① 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。集団感染の可能性のある感染症にお客様又はご家族様が罹患した場合は速やかにご報告ください。
- ② サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- ③ 故意に、施設の設備・備品を損傷させることのないよう、ご留意お願いいたします。
- ④ 原則、お金、貴重品のご持参は控えていただくよう、お願いいたします。万が一の紛失、事故等については責任を負いかねます。
- ⑤ サービス利用中の様態変化についてはご家族様に対応していただくことになります。日中連絡がとれる緊急連絡先をお知らせください。

12 重要事項説明の年月日

上記の内容について、重要事項の説明を 令和 年 月 日 時 分 に行い本書2通を作成し、メイフラワーデイサービスとお客様及び保護責任者の記名の上、各1通を所有いたします。

名 称	株式会社メイフラワーデイサービスセンター
所 在 地	兵庫県加東市屋度736番地262
法 人 種 別	株式会社
代 表 者	松 原 司
事 業 所 名	メイフラワーデイサービス
説 明 者	

私は、本書面に基づき事業所から、「重要事項説明書」の説明を受け、同意しました。

お 客 様	住 所	
	氏 名	

ご家族様又は 代理人	住 所	
	氏 名	