

# 通所介護サービスにかかる重要事項説明書

## 1. 事業の目的と運営方針

(目的) 組合員とその家族および地域住民に、介護サービスを提供することにより、安心して生活できる地域づくりをすすめることを目的とする。
(方針) ○組合員とその家族および地域住民が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、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出来るよう、必要な日常生活の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。 ○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を提供する。 ○地域福祉の向上のため、市町、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他保健・医療機関等と密接に連携する。

## 2. 事業者

事業者名称	はが野農業協同組合
代表者氏名	代表理事組合長 渡辺 栄
所在地	栃木県真岡市八条95番地

## 3. ご利用者事業所

事業所の名称	JAはが野デイサービスセンターすこやか市貝	
介護保険事業所番号	0972700264号	
住所	栃木県芳賀郡市貝町市塙 1769-3	
管理者・連絡電話番号	長嶋 江久子	電話番号 0285-67-1160
サービス提供地域	真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町	

## 4. ご利用事業所の職員体制等

職 種	人 員
管理者（生活相談員兼務）	常勤1名
生活相談員	常勤2名
看護職員	常勤、非常勤合計2名以上
機能訓練指導員（看護職員兼務）	常勤、非常勤合計2名以上
介護職員	常勤、非常勤合計4名以上

## 5. 営業日・営業時間

営業日・営業時間は下記の通りです。但し、本組合が特別に定めた場合はこの限りではありません。

営業日	月曜日 ~ 土曜日	営業時間	8:30~17:00
-----	-----------	------	------------

## 6. サービス利用基本料金および利用者負担

利用者負担金は、市町村より交付される「介護保険負担割合証」に基づき、介護保険関係法令で定める次の介護給付費の1割・2割・3割を負担していただきます。なお、実際の利用者負担金の算出は1か月のサービス合計単位数により計算します。

(1) 通所介護費

		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
1日 当り	要介護1	3,700円	3,880円	5,700円	5,840円	6,580円	6,690円
	要介護2	4,230円	4,440円	6,730円	6,890円	7,770円	7,910円
	要介護3	4,790円	5,020円	7,770円	7,960円	9,000円	9,150円
	要介護4	5,330円	5,600円	8,800円	9,010円	10,230円	10,410円
	要介護5	5,880円	6,170円	9,840円	10,080円	11,480円	11,680円

(2) 加算料金

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

算定	加算	利用料	算定回数等
<input checked="" type="checkbox"/>	入浴介助加算(Ⅰ)	400円	1日につき
<input type="checkbox"/>	入浴介助加算(Ⅱ)	550円	1日につき
<input checked="" type="checkbox"/>	中重度者ケア体制加算	450円	1日につき
<input checked="" type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	400円	1月につき
<input checked="" type="checkbox"/>	送迎減算	△470円(片道)	送迎を行わない場合
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円	機能訓練を実施した日数
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	770円	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円	1月につき
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算(Ⅰ)	300円	1月につき
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算(Ⅱ)	600円	1月につき
<input type="checkbox"/>	認知症加算	600円	1日につき
<input type="checkbox"/>	若年性認知症受入加算	600円	1日につき
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント加算	500円	1月につき
<input type="checkbox"/>	栄養改善加算	2,000円	3月以内の期間に限り 1月に2回を限度
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200円	1回につき
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	50円	
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500円	3月以内の期間に限り 1月に2回を限度
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600円	
<input checked="" type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円	1日につき
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60円	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 92/1000	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 (所定単位数)

(3) その他の費用について

① 食事代	1日690円(おやつ代を含む)
② おむつ代	紙おむつ代 1枚100円 尿取りパッド代 1枚50円

③ 送迎費	実施区域を越えて送迎を行う場合、片道10キロ以上200円	
④ キャンセル料	キャンセル料は次の通りといたします。ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。キャンセルする場合の連絡先は、すこやか市貝 電話番号0285-67-1160までお願いします。	
	サービス利用の前日まで	キャンセル料はかかりません。
	サービス利用の当日の午前8時30分以降	990円 (キャンセル料300円・食事代690円)

#### (4) 介護保険給付限度額超過の場合

要介護度別に定められている介護保険給付限度額を超過するサービス提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

#### (5) 利用者負担金等の支払

月末締切の翌月 日（ただし、日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（または代理人）名義の金融機関口座振替（振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の金額を事業者へ支払い、利用者はその後市町村から保険給付分（9割又は8割、7割）をうけることとなります。

サービス利用料金の支払いが3か月以上滞納し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、その期間内に支払いがない場合には、未払い分をお支払いいただけるまで、デイサービスの利用は中止とさせていただきますのでご注意ください。

### 7. 通所介護計画の作成とサービス記録

- (1) 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、通所介護計画を作成し、その内容について利用者又はその家族等に対して説明し、合意を得ます。
- (2) 事業者は、通所介護計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等と合意の上、必要に応じて計画の変更を行います。

### 8. 衛生管理等

- (1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。  
事業所において感染症が発生又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね半年に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底します。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

### 9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 長嶋 江久子
-------------	------------



- (2) 飲食物及び貴重品の持ち込みは衛生上及びトラブル防止のため、禁止させていただきます。
- (3) 連絡帳には大切なお知らせを記入させていただいていることがありますので、目を通すようにお願いします。
- (4) 急変時は、救急車の要請をさせていただきます。急変時の連絡先として、必ず連絡のつく電話番号をお知らせください。
- (5) 薬の変更があった際には、速やかにご連絡ください。
- (6) 体調や容体の急変によりサービスを利用できなくなった時には、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所へご連絡ください。

## 15. 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

デイサービス相談窓口	電話番号 0285-67-1160
対応者	小野寺 康代・橋本 文子
市貝町介護保険係担当部署	電話番号 0285-68-1113
栃木県国民健康保険団体連合会	電話番号 028-643-5400

## 16. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、主治医、救急、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

## 17. 非常災害対策

事業所は、非常災害に関する計画に基づき必要な訓練を行い、消防法上必要な設備を備えております。非常災害時に備えて、非常用食料・飲料水等の備蓄を実施しています。広域災害が発生した場合、施設自体の損傷がない時は、センター内に留まっていることが十分予測されます。万一の災害発生時の避難場所は下記のとおり指定されています。

避難場所 「市貝町役場」