

# 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     | J A はが野デイサービスセンターすこやか大内 |                   |
| 介護保険事業所番号  | 0970900155号             |                   |
| 住所         | 栃木県真岡市飯貝558番地1          |                   |
| 管理者・連絡電話番号 | 飯坂 雪絵                   | 電話番号 0285-83-6319 |
| 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（機能訓練指導員） | 常勤1名         |
| 生活相談員        | 常勤3名         |
| 看護職員         | 常勤、非常勤合計2名以上 |
| 機能訓練指導員      | 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<br>4時間未満 | 4時間以上<br>5時間未満 | 5時間以上<br>6時間未満 | 6時間以上<br>7時間未満 | 7時間以上<br>8時間未満 | 8時間以上<br>9時間未満 |
|----------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1日<br>当り | 要介護1 | 3,751円         | 3,934円         | 5,779円         | 5,921円         | 6,672円         | 6,783円         |
|          | 要介護2 | 4,289円         | 4,502円         | 6,824円         | 6,986円         | 7,878円         | 8,020円         |
|          | 要介護3 | 4,857円         | 5,090円         | 7,878円         | 8,071円         | 9,126円         | 9,278円         |
|          | 要介護4 | 5,404円         | 5,678円         | 8,923円         | 9,136円         | 10,373円        | 10,555円        |
|          | 要介護5 | 5,962円         | 6,256円         | 9,977円         | 10,221円        | 11,640円        | 11,843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)         | 405円              | 1日につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 入浴介助加算(Ⅱ)         | 557円              | 1日につき                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 中重度者ケア体制加算        | 456円              | 1日につき                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算       | 405円              | 1月につき                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 送迎減算              | △476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      | 567円              | 機能訓練を実施した日数                           |
| <input checked="" 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)       | 202円              | 1月につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | ADL維持等加算(Ⅰ)       | 304円              | 1月につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | ADL維持等加算(Ⅱ)       | 608円              | 1月につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養アセスメント加算        | 507円              | 1月につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 認知症加算             | 608円              | 1日につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 若年性認知症受入加算        | 608円              | 1日につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養改善加算            | 2,028円            | 3月以内の期間に限り<br>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) | 202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)       | 1,521円            | 3月以内の期間に限り<br>1月に2回を限度                |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔機能向上加算(Ⅱ)       | 1,622円            |                                       |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)   | 223円              | 1日につき                                 |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)   | 182円              |                                       |
| <input checked="" 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(Ⅱ)    | 所定単位数の<br>90/1000 | 基本サービス費に各種加算<br>減算を加えた総単位数(所<br>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<br>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、すこやか大内 電話番号０２８５－８３－６３１９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<br>(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）をうけることになります。

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、従業者に周知徹底します。
  - 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 従業者に対し、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 飯坂 雪絵 |
|-------------|-----------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

## 10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを予防することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 11. 個人情報保護・守秘義務

サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報については、利用者の生命・身体等に危機がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。ただし、あらかじめ文章により利用者又はその家族等の同意を得た場合は、一定の条件のもとで個人情報を利用できるものとします。

## 12. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 13. 第三者評価の実施状況

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 実施している             |   |
| 【実施日：        年        月        日】           |   |
| 【評価機関名：                                     | 】 |
| 【結果の開示状況：                                   | 】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 実施していない |   |

## 14. その他の事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 利用者の方の処置に使用する物品（薬や処置する器材類）は、各自持参ください。

- (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 0285-83-6319  |
| 対応者            | 豊田 諭・塩田 由香利・小笠原 揺逢 |
| 真岡市介護保険係担当部署   | 電話番号 0285-83-8094  |
| 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 「真岡井頭温泉」