

めぐみの農業協同組合の通所介護サービスにかかる重要事項説明書

1. 事業者

めぐみの農業協同組合 (本所住所) 岐阜県関市若草通 1-1

2. 事業の目的と運営方針

(目的)

介護が必要と認定されたご利用者のケアプランに基づき、当事業所の介護職員等による通所介護サービスを実施します。介護職員等は、介護が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを通じて援助を行います。

(方針)

- ご利用者に喜ばれ、一人ひとりを大切にするサービスを提供します。
- 人間らしく生きることを大切にするサービスを提供します。
- ご利用者本位のサービスを提供します。
- 家庭的な雰囲気、目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。

3 サービス提供事業（ご利用事業所）

通所介護	介護保険事業所番号	2171200104 号	
	住 所	岐阜県美濃加茂市太田町 478-1	
	管理者名・連絡電話番号	藤芳 誠	TEL (0574) 27-3739 FAX (0574) 24-2021
	サービス提供地域	美濃加茂市 富加町 坂祝町 川辺町 可児市	

4 ご利用事業所の職員体制

職 種	人 員
管理者	1 名
看護師 (機能訓練兼務)	3 名 (常勤 1 名、非常勤 2 名)
生活相談員	1 名 (常勤 1 名、非常勤 名)
介護福祉士	3 名 (常勤 2 名、非常勤 1 名)
介護職員	4 名 (常勤 3 名、非常勤 1 名)
調理員	3 名 (常勤 3 名、非常勤 名)
事務員	1 名 (常勤 1 名、非常勤 名)
運転手	2 名 (常勤 2 名、非常勤 名)

計	18名
---	-----

5 営業日・営業時間

営業日	月～金（祝日含む）
時間	8：30～17：30

休業日	土・日曜日 12／31～1/3
-----	--------------------

6 サービス利用基本料金および利用者負担

(1) 通所介護 1日（7～8時間）につき

利用者負担金は、介護保険関係法令で定める次の介護給付費の1割を負担していただきます。

（平成30年8月から介護保険関係法で定める次の介護給付費負担割合証に応じて、1～3割を負担していただきます。） 【地域区分：7級地】

要介護1	6,580円
要介護2	7,770円
要介護3	9,000円
要介護4	10,230円
要介護5	11,480円
各種加算・減算	入浴介助加算（Ⅰ）＝400円または入浴介助加算（Ⅱ）＝550円 中重度者ケア体制加算＝450円 科学的介護推進体制加算＝400円/月 事業所が送迎を行わない場合＝片道につき△470円 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）＝180円 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）＝所定単位×8% 8時間を超える場合の延長＝1時間未満延長：500円 1時間以上2時間未満の延長：1,000円

（注）通常規模型通所介護費を記載

(2) サービス提供地域外の場合の交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う場合の交通費は次の金額を徴収します。

（1km 30円）

(3) 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。

(4) 利用者負担金等の支払

当JA口座振替の場合は、月末締切の翌月15日、他金融機関口座振替の場合は27日（ただし、15日または27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全額を事業者を支払い、利用者はその後市町村から保険給付分（9割または7割）を受けとることになります。

(5) キャンセル

- ① 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。

時 期	キャンセル料
サービス利用日の2日前まで	かかりません
サービス利用日の前日	かかりません
サービス利用日の当日	かかりません※

※当日の朝 10:00 以降のご連絡の場合昼食代(720 円)のみ必要となります。

- ② 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに（2日前までに）次の連絡先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	TEL (0574) 27-3739
----------	--------------------

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に対して説明し、同意を得ます。
- 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、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。

8 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。

通所介護 相談窓口	TEL (0574) 27-3739	対応者（藤芳 誠）
介護支援専門員	TEL (0574) 24-2022	
美濃加茂市役所 介護保険担当課	TEL (0574) 25-3917	
国民健康保険団体連合会	TEL (058) 275-1111	

9 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有	・	無
実施した直近の年月日	年	月	日
実施した評価機関の名称			
評価結果の開示状況	有	・	無

10 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。

主治医（かかりつけ医）	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

令和7年 月 日

○利用者

私は、重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

○代筆者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

○説明者 所属事業所 JA めぐみのデイサービスセンターあんしんみのかも

氏 名 所長 藤芳 誠 印

初回説明事項からの変更

変更事項： _____ 月 _____ 日説明

変更事項： _____ 月 _____ 日説明

変更事項： _____ 月 _____ 日説明

通所介護サービス内容説明書

1 通所介護サービスの内容

通所介護施設で、入浴、食事の提供（これらに伴う介助）、機能訓練、趣味活動、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話を日帰り（送迎付き）で行うサービスです。これにより日々の暮らしの活性化や心身機能の維持、増進を図ります。

2. 利用内容と利用料金等

(1) 利用内容

	曜日	時間帯	内 容
1	月～金曜日	8:30～17:30	入浴介助、食事提供・介助、機能訓練、栄養改善、口腔機能向上、趣味活動、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認等
2			
3			
4			
5			

※ご利用いただく通所介護の曜日・時間・日数等の変更が発生した場合は、「通所介護計画書」によりその都度対応いたします。

(2) 延長サービスの利用

サービスを利用され、延長利用を希望される場合は要相談。

(3) 利用料金と利用者負担金（見積もり）

①介護保険適用分 入浴介助加算(Ⅰ)の場合

【7級地】

要介護 度	基本料 金	入浴介 助加算	中重度 者ケア 体制加 算	科学的 介護推 進/月	サービ ス提供 体制 強化加 算(Ⅱ)	介護職 員処遇 改善加 算(Ⅲ)	計	利用者 負担金 (1割) (2 割) (3 割)	食材・ 衛生等	利用者 負担合 計 (1割) (2割) (3割)
要介護 1	6,580	400	450	400	180	641	8,651	877 1,754 2,632	720	1,597 2,474 3,352
要介護 2	7,770	400	450	400	180	736	9,936	1,008 2,015 3,023	720	1,728 2,735 3,743
要介護 3	9,000	400	450	400	180	834	11,264	1,142 2,284 3,427	720	1,862 3,004 4,147
要介護 4	10,230	400	450	400	180	933	12,593	1,277 2,554 3,831	720	1,997 3,274 4,551
要介護 5	11,480	400	450	400	180	1,033	13,943	1,414 2,828 4,241	720	2,134 3,548 4,961

入浴介助加算(Ⅱ)の場合

【7級地】

要介護度	基本料金	入浴介助加算	中重度者ケア体制加算	科学的介護推進/月	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	計	利用者負担金(1割)(2割)(3割)	食材・衛生等	利用者負担合計(1割)(2割)(3割)
要介護1	6,580	550	450	400	180	653	8,813	894 1,787 2,681	720	1,614 2,507 3,401
要介護2	7,770	550	450	400	180	748	10,098	1,024 2,048 3,072	720	1,744 2,768 3,792
要介護3	9,000	550	450	400	180	846	11,426	1,159 2,317 3,476	720	1,879 3,037 4,196
要介護4	10,230	550	450	400	180	945	12,755	1,293 2,587 3,880	720	2,013 3,307 4,600
要介護5	11,480	550	450	400	180	1,045	14,105	1,430 2,860 4,291	720	2,150 3,580 5,011

※介護職員処遇改善加算につきましては1ヶ月合計額の8%（小数点以下四捨五入）になるため、上記の金額と若干異なる場合がございますが、適正に算定させていただきます。

②介護保険適用外の方

内 容	金 額
食材料費	720 円
※ おむつ代	100 円
※ リハビリパンツ	100 円
※ パット	50 円
※ 布パンツ	200 円

※おむつ、リハビリパンツ、パット、布パンツは必要に応じて料金をいただきます。

③交通費

交通費（通常の実施地域外の送迎の場合のみ）	無・有（1回につき	円）
-----------------------	-----------	----