

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。
- 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	2171000785号	
	住 所	岐阜県郡上市八幡町小野4丁目6-18	
	管理者名・連絡電話番号	曾我弥栄子	TEL (0575) 65-4161 FAX (0575) 67-1153
	サービス提供地域	八幡町	

4 ご利用事業所の職員体制

職 種	人 員
管理者	1名
看護師	3名 (常勤2名、機能訓練兼務) (非常勤1名)
生活相談員	3名 (常勤兼務2名、非常勤兼務1名)
介護福祉士	8名 (常勤 5名、非常勤 3名)
介護職員	4名 (常勤 3名、非常勤 1名)
調理員	4名 (常勤 2名、非常勤 2名)
事務員	0名 (常勤 名、非常勤 名)
運転手	2名 (常勤 名、非常勤 2名)
計	19名

(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	利用者負担額の50%
サービス利用日の当日	利用者負担額の100%

- 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 (0575) 65-4161
----------	--------------------

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 (0575) 65-4161	対応者（曾我弥栄子）
介護支援専門員	TEL (0575) 65-4162	
郡上市役所 高齢福祉課	TEL (0575) 67-1807	
国民健康保険団体連合会	TEL (058) 273-1111	

9 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 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 続柄 ()

○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郡上
氏 名 曾我 弥栄子 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			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、利用時間が8時間を超える場合（8時間以上9時間未満）は下記の料金とします。（家族送迎のみ）

延長加算：500円

(3) 利用料金と利用者負担金（見積もり）

①□ 介護保険適用分

要介護度	基本料金	入浴	サービス提供強化加算(Ⅰ)	中重度者ケア体制加算	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	220	450	612	8,262	826 (1,652) (2,478)	760	1,586 (2,412) (3,238)
要介護2	7,777	400	220	450	708	9,555	956 (1,912) (2,868)	760	1,716 (2,672) (3,628)
要介護3	9,000	400	220	450	806	10,876	1,088 (2,176) (3,264)	760	1,848 (2,936) (4,024)
要介護4	10,230	400	220	450	904	12,204	1,220 (2,440) (3,660)	760	1,980 (3,200) (4,420)
要介護5	11,480	400	220	450	1,004	13,554	1,355 (2,710) (4,065)	760	2,115 (3,470) (4,825)

※ 科学的介護推進体制加算として1か月に400円（1割負担の方は40円）算定させていただきます。

※ 介護職員処遇改善加算Ⅲ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、上記の料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介護保険適用外の分

内 容	金 額
食材料費	760円
※ おむつ代	100円
※ リハビリパンツ	100円
※ パット	50円

※おむつ、リハビリパンツ、パット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）
-----------------------	-----------	----