

事業所整理NO \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

## 通 所 介 護

# 第 1 号 通 所 型 事 業

重 要 事 項 説 明 書  
サ ー ビ ス 内 容 説 明 書

事業指定番号 千葉県1271600312

J A 成田市デイサービスセンター美郷  
成田市美郷台 1-15-10

TEL 0476-23-7711

FAX 0476-23-3655

施設長印	管理者印	生活相談員

# 通所介護及び第1号通所型事業 にかかる重要事項説明書

## 1. 事業者

(名称) 成田市農業協同組合  
(住所) 成田市美郷台3-16-6  
(電話番号) 0476-22-6711

## 2. 事業の目的と運営方針

### (目的)

要介護または要支援と認定されたご利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、当事業所の介護職員等による通所介護又は介護予防通所介護又は第1号通所事業による通所型サービスを提供することを目的とします。

### (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. サービス提供事業所（ご利用事業所）

事業所名	J A成田市デイサービスセンター美郷	
介護保険事業所番号	通所介護、介護予防通所介護、第1号通所事業 (事業所番号1271600312号)	
住所	成田市美郷台1丁目15番10号	
管理者名・連絡電話番号	山岡 久美	TEL 0476-23-7711
サービス提供地域	成田市・酒々井町	

## 4. ご利用事業所の職員体制

職種(資格)	人員
管理者	1名
生活相談員(介護福祉士・社会福祉主事)	4名
通所 介護員(介護福祉士)	7名(常勤6名・非常勤1名)
介護員(介護職員初任者研修等修了者)	6名(常勤3名・非常勤3名)
看護職員(機能訓練指導員兼務)	4名(非常勤4名)
運転手	3名(非常勤3名)
事務員	2名(非常勤2名)
介護補助員	1名(非常勤)

※旧介護職員基礎研修及び旧ホームヘルパー1級・2級課程修了者は、介護職員初任者研修修了者とみなします。

## 5. 営業日・営業時間

営業日は、日曜日・年末年始（12月31日～1月3日）を除く毎日です。

営業時間は以下の通りです。

月～土・祝日	日曜日
8：15～17：00	・・・・・・・・

## 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割又は2割又は3割** を負担していただきます。尚、負担割合については、市町村より交付される「介護保険負担割合証」にて確認させていただきます。

1日につき（7～8時間）通常規模

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
加算	個別機能訓練加算Ⅰイ 560円/回 入浴加算：400円/回 サービス提供体制加算Ⅰ：220円/回 介護職員処遇改善加算Ⅲ：加算率9.9%			
地域区分	当事業所は成田市に属し、4級地（10,54円/1単位）となります。			

※上記金額は加算・地域区分を含んでいません。

\*都合により、ご家族等の送迎となった場合は、基本料金から片道 47単位減額 します。

### (2) 第1号通所型事業 1か月につき

介護予防通所介護に相当し、要支援者または基本チェックリストにより事業対象者とされたとき、通所型のサービスを提供します。

	通所型サービス費 (Ⅰ)	通所型サービス費 (Ⅱ)
1週間あたりの 利用回数	1回程度	2回程度
基本料金	17,980円	36,210円
加算	サービス提供体制加算Ⅰ：〔要支援1〕880円〔要支援2〕1,760円 介護職員処遇改善加算Ⅲ：加算率9.9%	
地域区分	当事業所は成田市に属し、4級地（10,54円/1単位）となります。	

※上記金額は加算・地域区分を含んでいません。

\*都合により、ご家族等の送迎となった場合は、基本料金から片道 47単位減額 します。

### (3) 介護保険適用外の方

内容	金額（1回あたり）
食事代	800円
理美容代	1,600円

\*その他必要となった諸材料・衛生品等代金は、その都度別途請求させていただきます。

#### (4) 交通費

サービス提供地域にお住まいの方は無料です。

但し、提供地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実費を徴収します。

なお、自動車を使用した場合は、次の額を徴収します。

実施地域を越えて片道おおむね5キロメートル超える所から1kmにつき20円

#### (5) 利用者負担金等の支払

① サービスに対する利用者負担金等の基準は、「重要事項説明書」に記載するとおりとします。契約期間中に関係法令が変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。

② 利用者は、当月の料金合計額を翌月末日までに契約書に記入した方法で支払います。止むを得ず、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、一旦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、市町村から保健給付分（7割又は8割又は9割）を受け取るようになります。

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上記各種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。

(6) 利用者がサービスの利用日を中止・変更するなどの場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先	J A 成田市デイサービスセンター美郷
電話	0476-23-7711

### 7. 通所介護サービス計画等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、提供事業類別に介護サービス計画を作成し、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、介護サービス計画の作成後、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. 金銭等の授受の禁止

事業所の職員は、サービス提供を利用者に強要することなく、サービスの利用に際しては、利用者の意思を尊重します。

また、利用者及び関係者からの金品等は一切頂きません。

### 9. 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	TEL0476-23-7711	対応者(山岡久美・三浦貴子)
成田市 高齢者福祉課	TEL0476-20-1537	
酒々井町 福祉課介護保険班	043-496-1171	
国民健康保険団体連合会	TEL043-254-7428	

## 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、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	
緊急時連絡先①	氏名	利用者との関係
	連絡先	
緊急時連絡先②	氏名	利用者との関係
	連絡先	

## 11. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

(1) 事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、指針を整備し担当者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待の防止を啓発・普及する為の研修を実施する等の措置を講じます。

(2) 事業所は、ご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

(3) 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村に通報します。

(4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(5) 事業所は、次の通り虐待防止担当者を定めます。

担当者： ケアセンター施設長

## 12. 災害発生時・感染症流行時について

事業者は、災害時及び感染症流行時において、次にあげる通り必要な措置を講じます。

(1) 事業所は、災害及び感染症対策に関する担当者を定め、対策に関する取り組みを行います。

担当者： ケアセンター施設長

(2) 非常災害・感染症等に関する具体的計画を立て、非常災害時・感染症流行時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に通知します。

(3) 定期的に避難・救出及び感染症の発生・まん延しないように必要な措置等について必要な訓練・研修を行います。 避難訓練 年2回 感染症研修 年1回

## 13. ハラスメントについて

事業者は、すべての人の人権が尊重され、またその能力が発揮できるよう、次の通り必要な措置を講じます。

(1) 事業所は、利用者・従業者の人権の擁護のため、指針を整備し担当者を定めます。

担当者： ケアセンター施設長

(2) ハラスメント等に関する相談窓口を設置します。

(3) 職員の意識啓蒙の推進、また未然防止のため実態に応じた研修を年1回行います。

令和 年 月 日

○利用者

私は、本書面に基づき事業所より重要事項説明書の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

○代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )

○説明者 所属事業所 JA 成田市デイサービスセンター美郷

生活相談員 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

## サービス内容説明書

### 1. 通所介護サービス等の内容

通所介護または介護予防通所介護または第1号事業による通所型サービスは、通所介護施設で、入浴・食事の提供（これらに伴う介助）、運動器の機能向上、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）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. 利用内容と料金等

#### (1) 1週間当りの利用内容

	曜日	時間帯	内容
1	曜日		入浴・食事提供・運動機器の機能向上・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	曜日		
3	曜日		
4	曜日		
5	曜日		
6	曜日		

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

#### (2) 通所介護の利用料金とご利用者負担金

##### 介護保険適用分

区分	金額/回	
通所介護費	～ 時間	単位
個別機能訓練加算Ⅰイ		5.6 単位
入浴加算		4.0 単位
サービス提供体制加算Ⅰ		2.2 単位
	合計単位	単位
	介護職員処遇改善加算Ⅲ (9.9%)	単位

1回当りの利用合計単位	単位
利用金額（地域区分 10.54 を乗じた額）	円
ご利用者 _____ 割分負担金額	円
1回当りの食事代（介護保険外）	800円

要介護1：658単位 要介護2：777単位 要介護3：900単位 要介護4：1023単位 要介護5：1148単位

※ ここに記載した金額は、見積もりによる概算です。実際のお支払は、実際のご利用実績により計算いたします。



