

柳川農業協同組合の通所介護

重要事項説明書

1. 事業者

柳川農業協同組合（本所住所）福岡県柳川市上宮永町 4 2 5 - 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	4072000682 号	
	住 所	福岡県柳川市吉富町 1 1 4 - 1	
	管理者名・連絡電話番号	松井 貴哉	TEL 0944-74-9980 TEL 0944-72-1155（直通）
	サービス提供地域	柳川市・大川市・大木町・みやま市	

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	3 名（常勤兼務 2 名・非常勤兼務 1 名）
看護職員	2 名（常勤兼務 2 名）
介護職員	6 名（常勤兼務 3 名・非常勤専従 2 名・常勤兼務 1 名）
機能訓練指導員	1 名（常勤兼務 1 名）

5 営業日・営業時間

①営業日 月曜日～土曜日までとする。

ただし、12 月 31 日～翌年 1 月 3 日までは除く。

②営業時間 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時までとする。

③サービス提供時間 午前 9 時から午後 4 時 3 0 分までとする。

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、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。但し、一定所得以上の方は負担が増減する場合があります。

(1) 通所介護 1 日（3～4 時間未満）につき

	基本料金	利用者負担額（1 割の場合）
要介護 1	3, 7 0 0 円	3 7 0 円
要介護 2	4, 2 3 0 円	4 2 3 円
要介護 3	4, 7 9 0 円	4 7 9 円
要介護 4	5, 3 3 0 円	5 3 3 円
要介護 5	5, 8 8 0 円	5 8 8 円
入浴加算	4 0 0 円	4 0 円
科学的介護推進体制加算	(1 ヶ月 4 0 0 円)	(1 ヶ月 4 0 円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ		9. 2 %
介護職員処遇改善加算Ⅱ		9. 0 %
介護職員処遇改善加算Ⅲ		8. 0 %
介護職員処遇改善加算Ⅳ		6. 4 %

(2) 通所介護 1 日（4～5 時間未満）につき

	基本料金	利用者負担額（1 割の場合）
要介護 1	3, 8 8 0 円	3 8 8 円
要介護 2	4, 4 4 0 円	4 4 4 円
要介護 3	5, 0 2 0 円	5 0 2 円
要介護 4	5, 6 0 0 円	5 6 0 円
要介護 5	6, 1 7 0 円	6 1 7 円
入浴加算Ⅰ	4 0 0 円	4 0 円
科学的介護推進体制加算	(1 ヶ月 4 0 0 円)	(1 ヶ月 4 0 円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ		9. 2 %
介護職員処遇改善加算Ⅱ		9. 0 %
介護職員処遇改善加算Ⅲ		8. 0 %
介護職員処遇改善加算Ⅳ		6. 4 %

(3) 通所介護 1日（5～6時間未満）につき

	基本料金	利用者負担額（1割の場合）
要介護1	5,700円	570円
要介護2	6,730円	673円
要介護3	7,770円	777円
要介護4	8,800円	880円
要介護5	9,840円	984円
入浴加算Ⅰ	400円	40円
科学的介護推進体制加算	(1ヶ月400円)	(1ヶ月40円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ		9.2%
介護職員処遇改善加算Ⅱ		9.0%
介護職員処遇改善加算Ⅲ		8.0%
介護職員処遇改善加算Ⅳ		6.4%

(4) 通所介護 1日（6～7時間未満）につき

	基本料金	利用者負担額(1割の場合)
要介護1	5,840円	584円
要介護2	6,890円	689円
要介護3	7,960円	796円
要介護4	9,010円	901円
要介護5	10,080円	1,008円
入浴加算Ⅰ	400円	40円
科学的介護推進体制加算	(1ヶ月400円)	(1ヶ月40円)
介護職員処遇改善加算Ⅰ		9.2%
介護職員処遇改善加算Ⅱ		9.0%
介護職員処遇改善加算Ⅲ		8.0%
介護職員処遇改善加算Ⅳ		6.4%

(5) 通所介護 1 日（7～8 時間未満）につき

	基本料金	利用者負担額（1 割の場合）
要介護 1	6, 5 8 0 円	6 5 8 円
要介護 2	7, 7 7 0 円	7 7 7 円
要介護 3	9, 0 0 0 円	9 0 0 円
要介護 4	1 0, 2 3 0 円	1, 0 2 3 円
要介護 5	1 1, 4 8 0 円	1, 1 4 8 円
入浴加算 I	4 0 0 円	4 0 円
科学的介護推進体制加算	(1 ヶ月 4 0 0 円)	(1 ヶ月 4 0 円)
介護職員処遇改善加算 I		9. 2 %
介護職員処遇改善加算 II		9. 0 %
介護職員処遇改善加算 III		8. 0 %
介護職員処遇改善加算 IV		6. 4 %

(6) サービス提供地域外の場合の交通費

片道 1 0 km 以上 1 km につき 1 0 円加算

(7) 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。

(8) 利用者負担金等の支払

月末締切の翌月 10 日（ただし、10 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、介護保険法令で定める利用料の全額を事業者支払い、利用者はその後市町村から保険給付分を受けとることになります。

(9) 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	5 0 0 円

- 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	T E L 0944-74-9980 T E L 0944-72-1155（デイサービス直通）
----------	--

7 通所介護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、通所介護事業計画を作成し、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、通所介護事業計画の作成後、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。

通所介護相談窓口	TEL 0944-74-9980 TEL 0944-72-1155 FAX 0944-74-3905	江崎信英・松井貴哉
居宅介護支援専門員	TEL 0944-74-9980	休止中
柳川市役所 福祉課	TEL 0944-77-8516	
国民健康保険団体連合会	TEL 092-642-7800	

8 非常災害時の対応

非常災害が発生した場合は、「自然災害・感染症に関する業務継続計画」に基づき、利用者の生命や生活を守るように努めます。また、周知を図るために定期的に避難訓練等を行います。

9 虐待防止に関する対応

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生または、その再発を防止する為次のことを行います。

- 1 虐待防止のための指針を設け、事案が発生した場合の対応方法等を示したマニュアルを策定します。
- 2 虐待を防止するため、職員に対して定期的な研修を行います。
- 3 サービス提供中に従業者等により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に報告します。

10 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。

通所介護事業相談窓口 (柳川市吉富町 114-1)	TEL 0944-74-9980 TEL 0944-72-1155 FAX 0944-74-3905	江崎信英・松井貴哉
居宅介護支援専門員 (柳川市吉富町 114-1)	TEL 0944-74-9980 FAX 0944-74-3905	休止中
大川市役所 健康課 (大川市大字酒見 256-1)	TEL 0944-85-5522	FAX 0944-86-8485
みやま市役所 介護健康課 (みやま市瀬高町小川 5)	TEL 0944-64-1555	FAX 0944-64-1503

福岡県介護保険広域連合 (柳川市三橋町正行 431 柳川市役所三橋庁舎内)	TEL 0944-75-6301	FAX 0944-75-6340
国民健康保険団体連合会 (福岡市博多区吉塚本町 13-47)	TEL 092-642-7800	FAX 092-642-7856

11 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	
ご家族	氏名	
	連絡先	

令和 年 月 日

利用者（または代理人）

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

説明者 所属事業所 J A柳川デイサービスセンター「たんぽぽ」

氏 名 _____ 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

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（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. 内容と料金等

（1）利用内容

	曜日	時間帯	内 容
1	月曜日	～	入浴介助、食事提供・介助、個別機能訓練、趣味活動、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認等
2	火曜日	～	
3	水曜日	～	
4	木曜日	～	
5	金曜日	～	
6	土曜日	～	

※ 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）利用料金と利用者負担金（見つもり）

①介護保険適用分

区分	時間	単価	回／週	1週間当たりの利用料
通所介護費	6～7時間	円		円
通所介護費	7～8時間	円		円
通所介護費	時間	円		円
入浴加算Ⅰ	1日あたり	400円		円
		円		円
1週間あたりの合計額				円
1週間あたりの利用者負担額（ 割負担）				円
別途、科学的介護推進体制加算として1ヶ月400円。通所介護職員処遇改善加算（Ⅲ）として利用者負担金の8.0%が加算されます。				

※ ここに記載した金額は、見積もりによる概算のものです。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。

②介護保険適用外の分

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

(ア) 食事等の提供にかかる費用

・実費

(イ) レクリエーション・クラブ活動にかかる費用

・材料代等の実費をいただきます

(ウ) 日常生活上必要となる諸費用

・おむつ代 : 実費

③介護保険適用外の分

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

以 上