ご利用者のみなさまへ

介護予防・日常生活支援総合事業

（介護予防通所介護相当サービス）
【重要事項説明書】

☆　あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防通所介護相当サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

☆　指定介護予防通所介護相当のサービス利用は、事業対象者、要支援状態区分が「要支援」と認定された方が対象となります。

福山市農業協同組合

高齢者福祉センターカメリア

ＪＡ福山市通所介護事業所カメリア

当事業所は、次の介護保険事業の指定をうけています。
指定第１号通所事業　福山市指定第３４７４４００７８号

１．事業者

法　人　名	福山市農業協同組合
主たる事務所	〒720-0803 広島県福山市花園町二丁目７番１号
電 話 番 号	（084）924－2211
代　表　者	代表理事組合長　占部　浩道
設　　立	昭和 39 年 3 月 30 日
事 業 管 内	福山市、府中市（上下町を除く）、神石高原町の区域

２．事業の目的

ＪＡ福山市通所介護事業所カメリア（以下「事業所」という。）が行う介護予防通所介護に相当する第１号通所事業（以下「事業」という。）は、居宅において要支援等状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適切な介護予防通所介護に相当する第１号通所事業を提供することを目的とする。

３．事業の運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を図る。

４．事業所の概要

（１）事業所の種類及びサービス提供地域等

事 業 所 名	ＪＡ福山市通所介護事業所カメリア
所　在　地	広島県福山市神辺町字道上１１９１番地 TEL(084)963－1163　FAX(084)963－1299
事業所の種類	指定第１号通所事業
事業所番号	福山市指定　第 3474400078 号
指定年月日	平成 18 年 4 月 1 日
管理者氏名	中村　訓子
通常の事業実施地域	福山市、府中市（上下町を除く）、神石高原町の区域
利 用 定 員	40 名（通所介護を含む）

（２）従業者の職種、員数及び職務内容

職種	員数及び職務内容
管　理　者	１名
	管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	１名以上
	生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるように介護予防支援事業者等、他の機関との連携において必要な役割を果たす。
看護職員	１名以上
	看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者がサービスを利用するために必要な処置を行う。
介護職員	6名以上
	介護職員は指定介護予防通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う。
機能訓練指導員	１名以上
	機能訓練指導員は、利用者の心身の維持・向上に資するための機能訓練を行う。

（３）営業日、営業時間並びにサービス提供時間

営業日並びにサービス提供日	月曜日から土曜日。但し 12 月 31 日から 1 月 3 日までを除く。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分
サービス提供時間	午前 9 時 00 分から午後 4 時 00 分

５．介護予防通所介護相当サービスの内容

介護予防通所介護相当サービスの内容は次のとおりです。

（１）生活指導（相談援助等）
（２）介護予防サービス（移動や排泄の介助・見守り等のサービス）
（３）日常生活動作の機能訓練
（４）健康状態の確認
（５）送迎
（６）食事の提供
（７）入浴サービス
（８）口腔機能向上サービス

６．提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス提供区分		介護予防通所介護費(要支援１)		介護予防通所介護費(要支援２)	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合	基本	17,980 円/月	1,798 円/月	36,210 円/月	3,621 円/月

	加　　算	利用料	利用者負担額	算定回数等
介護度による区分なし	口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500 円	150 円	１月に１回
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000 円	200 円	１月に１回
	科学的介護推進体制加算	400 円	40 円	１月に１回
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5/100	左記の１割	１月に１回
	送迎を行わない場合の減算	-470 円（片道）	-47 円（片道）	-47 単位／片道
要支援１	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	880 円	88円	１月に１回
要支援２		1,760 円	176円	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）		基本料金と加算料金の合計額の 12.0%に相当する額。ただし、区分支給限度額基準の算定対象にはなりません。		

※　利用者負担額は１割を表示していますが、所得が一定額以上の方は２割もしくは３割が自己負担額となります。

※　月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70／100 となります。

※　中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、介護予防通所介護を行った場合は、5／100 の加算となります。

なお、当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は徴収しません。

※　利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合は、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。
この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町に介護予防サービス費の支給（利用

者負担額を除く）申請を行ってください。

７．その他の費用について

<table>
<tr><td>① 送迎費</td><td colspan="2">送迎を行わない場合は、片道 47 単位の減算となります。
利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、通常の実施地域を越えた地点から路程１km あたり２５円が実費となります。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">② キャンセル料</td><td colspan="2">サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>サービス利用日の前日</td><td>キャンセル料は不要です。</td></tr>
<tr><td>サービス利用日の当日（午前１０時以降）</td><td>１食当りの食費を請求いたします。</td></tr>
<tr><td colspan="3">※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。</td></tr>
<tr><td>③ 食事の提供に要する費用</td><td colspan="2">７００円運営規程の定めに基づく。</td></tr>
<tr><td>④ おむつ代</td><td colspan="2">紙パンツタイプの場合１枚当り１２０円
紙パッドタイプの場合１枚当り　３０円</td></tr>
<tr><td colspan="3">⑤ 介護予防通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用　（実費）</td></tr>
</table>

８．利用料金の支払い方法

利用料金の支払いは、月末締の翌月１５日（但し１５日が休日の場合は翌営業日）とし、原則として当ＪＡ貯金口座振替（貯金口座振替依頼書に基づく）にて処理させていただきます。
ＪＡ以外の金融機関の支払も可能です。

９．介護予防通所介護計画の作成とサービス記録

（１）利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防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）介護予防通所介護計画を作成後、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。

10. サービス内容の変更

介護予防サービス計画に変更があった場合は、変更後の介護予防サービス計画に基づいた介護予防通所介護計画を作成し、利用者及びその家族に対して説明し同意を得て、新たなサービス内容に応じた利用料金を請求します。

11. サービス提供の中止

（１）サービス提供を中止する場合

① 警報（台風・集中豪雨・大雪）がでている場合は、サービスの中止を管理者が判断します。(サービス中止による利用者の影響も考慮する)

② サービス中止による利用者の影響も考慮するため、サービス提供の中止は、利用者及びその家族に連絡（状況説明・お詫び）し、了解を得てから個別にサービス提供の中止を決定する。中止した利用者について、担当する介護予防支援事業者に連絡します。

③ 当日のサービス提供が必要不可欠な利用者等に対し、当日予定サービス内容のうち、利用者及びその家族と相談し可能な限り支援します。

④ サービス提供時間が短くなった場合は、介護予防支援事業者に連絡します。

（２）サービス提供中に警報等が出た場合

① 管理者は、個別に利用者と相談、又家族に連絡をとり、サービス時間の短縮による早めの送りを決定し、又は担当する介護予防支援事業者に連絡します。

12. 虐待防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

（１） 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を行う。

（２） 虐待防止の指針を整備し、必要に応じて見直しを行う。
（３） 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
（４） 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。
担当者　管理者　中村訓子
①事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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するものとする。

13. 秘密保持
事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を在職中はもとより退職後においても秘密を厳守いたします。尚、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合には、あらかじめ利用者及びその家族から書面により同意をいただきます。

14. 複写物の交付
利用者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物（コピー）を必要とする場合には、実費をいただきます。
（２０円／枚（Ａ４版））

15. 苦情対応
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
（１）利用者からの相談・苦情等に対応する窓口、担当者の設置
①常設窓口　ＪＡ福山市通所介護事業所カメリア
②担当者　中村訓子（管理者）管理者不在時は、上岡理佳、種本育代、田中ありさ、林真知（生活相談員）
③対応時間　月～土：9 時～17 時
営業時間外は、携帯電話に転送し、24 時間対応が可能。尚、担当者が不在でも、基本的な事項は他の職員が誰でも対応できるように研修を行い、相談・苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐよう徹底する。

④保険者等の相談窓口

名　　称	住　　所	連　絡　先
事業所相談窓口	福山市神辺町字道上1191番地	TEL 084-963-1163
		FAX 084-963-1299
福山市介護保険課	福山市東桜町3番5号	TEL 084-928-1259
府中市医療介護保険課 介護保険係	府中市府川町315番地	TEL 0847-40-0222
神石高原町福祉課 介護保険係	神石郡高原町小畠1701番地	TEL 0847-89-3535
広島県国民健康保険団体連合会	広島市中区東白島19番地49号国保会館	TEL 082-554-0783

＊上記の営業日・営業時間　月～金曜日　8：30～17：15

（２）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①苦情にあたっては、早期に事実関係の調査を実施し、内容を把握する。

②利用者の立場に立って内容の確認を行う。

③苦情解決内容を記録台帳に保管し、再発防止の参考にする。

④職員に対する苦情については、苦情内容を確認し、早期に解決を図る。

（３）その他参考事項

①業務上、利用者の苦情が再発しないように職員の質の向上を図る。

②職員に対し事業所内部研修を行うとともに、事業所外の研修へも積極的に参加させる。

③職員間の情報交換を行い、レベルアップを図る。

④業務上、知り得た利用者の秘密保持を徹底して守る。

16. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービス提供中に事故が発生した

場合には、速やかに利用者の家族、介護予防支援事業者、市町等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
　また、事業者は、事故が発生した場合には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
　事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等により、利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

17. 緊急時の対応
　サービス提供中に利用者の心身の状況に異変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、利用者の家族、利用者の係る介護予防支援事業者、市町等へ連絡します。

※事故発生時及び緊急時の緊急連絡先

主　治　医　等	病院名 主治医	
	連 絡 先	
ご　家　族	氏　名 (続き柄)	（　　）
	連絡先	
地域包括支援センター	センター名担当者	
	連絡先	
介護予防支援事業者	事業所担当者	
	連絡先	

18. 情報の開示
　事業所の概要・サービス内容等については、JA 福山市のホームページに掲載しています。
第三者評価については、現在行っていません。

19. 介護予防通所介護相当サービスの見積について
　このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

（１）提供予定の介護予防通所介護相当サービスの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

①提供予定回数　１か月＿＿回
②提供時間帯　＿＿時＿＿分～＿＿時＿＿分
③利用料と利用者負担額

	１か月当りの利用料（円）	１か月当りの利用者負担額（円）
基本利用料		
口腔機能向上加算（Ⅰ）		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		
科学的介護推進体制加算		
送迎を行わない場合の減算		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）月合計 12.0%		
１か月当りの見積合計額		

（２）その他の費用

①送迎費の有無	（　有　・　無　） １か月当り＿＿＿＿円（＿＿回／月） 重要事項説明書７－①に基づく額。
② キャンセル料	重要事項説明書７－②に記載のとおりです。
③ 食事の提供に要する費用	＿＿＿＿＿＿円（＿＿＿回／月） 重要事項説明書７－③に基づく額。
④ おむつ代	＿＿＿＿＿＿円（＿＿＿枚） 重要事項説明書７－④に基づく額。
⑤ その他の費用	＿＿＿＿＿＿円（実費） 重要事項説明書７－⑤に基づく額。

（３）１か月当りのお支払い額（利用者負担額とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

※ここに記載した金額は、この見積による概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

令和　　年　　月　　日

○利用者（または代理人）

私は、本書面に基づいてＪＡ福山市より、重要事項説明書の説明・交付を受けました。

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
利用者との続き柄
（　　）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

○説明者

介護予防通所介護相当サービスの重要事項説明書の説明・交付を行いました。

事業者 住　　所 広島県福山市花園町二丁目７番１号
氏　　名 福山市農業協同組合
代表理事組合長　占部　浩道

事業所名　ＪＡ福山市通所介護事業所カメリア

説明者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞