

めぐみの農業協同組合の介護予防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 （本店住所） 岐阜県関市若草通 1-1

2. 事業の目的と運営方針

（目的）

介護支援が必要と認定されたご利用者の予防ケアプランに基づき、当事業所の介護職員等による介護予防通所介護サービスを実施します。介護職員等は、介護支援が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、利用者の自立を支援するとともに、生活の質の向上にはかり、家族と安心して日常生活を営むことができるよう介護予防通所介護サービスを通じて支援を行います。

（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）

介護予防 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 可児市	

4 ご利用事業所の職員体制等

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	5 名 (常勤 3 名、非常勤 2 名)
調理員	3 名 (常勤 3 名、非常勤 名)
運転手	2 名 (常勤 2 名、非常勤 名)
計	1 8 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 か月につき

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】

	要支援 1	要支援 2
	17,980 円	36,210 円
各種加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ 要支援 1＝240 円、要支援 2＝480 円 科学的介護推進体制加算＝400 円 介護職員処遇改善加算Ⅲ 要支援 1＝1,490 円、要支援 2＝2,967 円	

(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は、交通費(実費相当)が必要となります。

(3) 介護保険給付限度額超過の場合

要支援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に支払い、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) 利用日の中止・変更

利用者がサービスの利用日を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。

※当日朝 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。

連絡先	TEL (0574) 27-3739
-----	--------------------

7 介護予防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、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) 事業者は、介護予防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。

介護予防通所介護 相談窓口	TEL (0574) 27-3739	対応者（ 藤 芳 誠 ）
介護予防支援専門員	TEL	対応者（ ）
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) 275-9826	

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	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、介護予防支援専門員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

変更事項 : _____ 月 _____ 日説明

介護予防通所介護サービス内容説明書

1 介護予防通所介護サービスの内容

介護予防通所介護施設で、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

（１）１か月あたりの利用内容

	日	時 間 帯	内 容
1	月～金曜日	8：30～17：30	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		： ～	
3		： ～	
4		： ～	
5		： ～	
6		： ～	

※ ご利用いただく介護予防通所介護の日にち・時間・日数等の変更が発生した場合は、「介護予防通所介護計画書」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

①介護保険適用分

【7 級地】

区分	1か月あたりの利用料	
	要支援 1	要支援 2
介護予防通所介護	17,980 円	36,210 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	240 円	480 円
科学的介護推進体制加算	400 円	400 円
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1,490 円	2,967 円
1か月あたりの利用者負担額(1割)	2,039 円	4,062 円
1か月あたりの利用者負担額(2割)	4,078 円	8,124 円
1か月あたりの利用者負担額(3割)	6,117 円	12,185 円

※新規に要支援認定又はサービス事業対象者の認定を受けた方のサービス開始月に限り
使用回数での料金でサービスを提供します。

②介護保険適用外の方

内 容	金 額
食事代	720 円
おむつ代	100 円
リハビリパンツ代	100 円
パット代	50 円
布パンツ	200 円

※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。

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）
-----------------------	-----------	----

以 上