

重要事項説明書

当事業所が提供する介護予防日常生活総合事業による通所介護・介護相当サービスのサービス内容、注意事項について説明します。

《① 事業所所在地など》

事業者 . . . 社会福祉法人 新市福祉会
 代表者 . . . 寺岡 暉
 事業所 . . . 通所介護事業所 ジョイトピアおおさ
 所在地 . . . 広島県福山市新市町大字下安井3500番地
 電話番号 . . . 0847-51-3211
 管理者 . . . 加納 芙美子
 事業実施区域 . . . 福山市（新市町、駅家町、芦田町）府中市（上下町を除く）
 営業日 . . . 月曜日～土曜日（年末年始を除く）
 利用者定員 . . . 併設一般型 29名（介護予防通所も含む）

《② 職員体制》

生活相談員 2名 看護職員 2名 介護職員（パート含む） 7名
 機能訓練指導員 1名（看護師兼務） 管理栄養士 1名

《③ 協力医療機関》

名称 社会医療法人 社団陽正会 寺岡記念病院
 所在地 広島県福山市新市町大字新市37番地

《④ 利用料金》

月額

通所介護サービス相当事業		生活機能向上	サービス提供体制	合計
事業対象者及び要支援1	1798	100 (1ヶ月)	88	1986
要支援2	3621		176	3897

回数払い

通所介護サービス相当事業		生活機能向上	サービス提供体制	合計
事業対象者及び要支援1	436	100 (1ヶ月)	88	624
要支援2	447		176	723

回数払いの場合、利用日数に制限があります。

※要支援1・事業対象者（月1～4回） 要支援2・事業対象者（月1回～8回）

- ※ 月額支払いから月途中に利用日数の変更がある場合でも、翌月からの適用となります。
- ※ 送迎・入浴料金は、基本料金の中に含まれます。
- ※ ご家族等で送迎された場合は、47単位/片道 安くなります。
- ※ 利用回数について、原則として事業対象者・要支援1は週1回程度、要支援2は週2回程度となります
- ※ 介護職員改善加算 12.0%
- ※ 介護保険負担割合証にて負担割合が2割の場合は利用料金が上記の2倍となります。
3割の場合は3倍となります。
- ※ 科学的介護推進体制加算 40単位/月 つきます。

（介護保険外サービス利用料金）

食材料費700円、複写物の交付10円（一枚）、通常区域外への送迎20円（1キロメートル）
 時間外利用（17：30以降）1時間1000円（夕食を付ける場合はプラス570円）送迎は行っていません。

《⑤ サービスの内容》

（介護予防通所サービス）

基本サービス … 通所利用により、家庭での生活機能の低下を防ぐことを目的とします。

（入浴、送迎、食事等のサービスを行います）

生活機能向上グループ活動 … 日常生活を営むためにグループで生活機能の向上を目的とした活動をおこないます。

《⑥ 苦情の受付について》

広島県国民健康保険団体連合会

連絡先 : (082) 545-0011

福山市介護保険課

連絡先 : (084) 928-1166

ジョイトピアおおさ

連絡先 : (0847) 51-3211（担当：加納）

当施設では、苦情処理委員会を設置しており、苦情・ご意見への適切な対応を致します。

《⑦ 利用料金のお支払いについて》

利用料金は翌月の10日頃にまとめて請求させていただきます。

金融機関からの口座振替も行えます。（郵便局、広島銀行、福山市農協）

利用時に持参していただくことも可能です。

《⑧ 利用料金の取り消料について》

基本的に取り消料は頂いておりません。欠席することが分かり次第、ご連絡をお願い致します。

《⑨ 介護事故について》

利用者に転倒、負傷等の介護事故が発生した場合、速やかに主治医又は協力病院へ連絡するなどの必要な対応を致します。

《⑩ 災害対策について》

非常災害の発生時は、速やかに関係機関への通知を行います。また、災害予防として定期的に避難訓練などの防災訓練を実施しております。

《⑪ その他》

(ア) 送迎について

朝	8 : 4 5 ~ : 9 : 4 0
夕	1 5 : 2 0 ~相談に応じて

※ 多少時間が前後することがあります。ご了承ください。

(イ) 1日の流れ

9 : 0 0	1 0 : 0 0	1 2 : 0 0	1 4 : 0 0	1 4 : 5 0	1 5 : 2 0
来 園 健康チェッ ク	入 浴 整 容	食 事	休 養 趣味活動	レクリエーション 機能訓練	おやつ お 茶
	帰 宅				

(ウ) 持参物について

- ① オムツ、パット、湿布などは、多目に持参してください
- ② 昼食後のお薬
- ③ 介護保険証（初回利用時、更新申請後に新しい保険証が届いたとき）
- ④ 介護保険負担割合証
- ⑤ 入浴後のお着替え（ご希望者）
- ⑥ 歯ブラシ（ご希望者）
- ⑦ 被爆者手帳（持っておられる場合）
- ⑧ 連絡帳（初回利用時にお渡しします）

(エ) お願い

- ① 荷物、衣類などには、お名前のご記入をお願いします。
- ② 食品、おやつなどをお持ちいただかないようにお願いします。

☆ ご質問、ご要望、ご相談がありましたら、生活相談員を配置しておりますので、お気軽にご連絡ください。