

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人 有誠福祉会
主たる事務所の所在地	徳島県名西郡石井町石井字石井1944番地
代表者氏名	理事長 手束 直胤
設 立 年 月 日	平成54年 6月 18日
電 話 番 号	088-675-3738

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	まことホームヘルプサービスステーション	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円103番地3	
電 話 番 号	088-674-7292	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月29日指定	徳島県 第3671200362号
管 理 者 の 氏 名	庄野 美保	
通常の事業の実施地域	石井町・神山町・徳島市・	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後17時15分まで ただし、利用者の状況に応じて、ご相談させていただきます。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人、 非常勤 0人
介護福祉士	常勤 0人、 非常勤 2人
実務者研修者及び2級（初任者研修）	常勤 2人、 非常勤 3人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	庄野 美保
	井藤 郁子
	久米 元子

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、サービス利用にかかった費用の原則として負担割合証に応じた基本利用料の割合の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型独自サービス11 (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	1,176 円 ／月	1,176円	2,352円	3,528 円
訪問型独自サービス12 (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	2,349 円 ／月	2,349円	4,698円	7,047 円
訪問型独自サービス13 (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(要支援2)	3,727 円 ／月	3,727円	7,454円	11,181 円
訪問型サービス21 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合(1) 標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合	287 円／ 回	4回 1,148円	4回 2,296円	4回 3,444円
訪問型独自サービス22 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合(2) 生活援助が中心20分以上45分未満の場合	179 円／ 回	179 円／回	358 円／回	537 円／回
訪問型独自サービス23 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合(2) 生活援助が中心45分以上の場合	220円／回	220 円 ／回	440 円／回	660 円／回

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	新規及び初回に相当する利用者へサービス提供責任者が同行しサービス提供を行う場合	200 単位/月

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ） ベースアップ等加算 ※	国から定められた職員体制、キャリアパス要件等を満たしており、処遇改善加算（Ⅰ）並びに特定処遇改善加算（Ⅰ）を取得しています	合計単位数×13.7% 合計単位数×6.3% 合計単位数×2.4%
夜間加算	午後6時から午後10時の間にサービスを行った場合	所定単位×25%
早朝加算	午前6時から午前8時の間にサービスを行った場合	所定単位×25%
緊急時訪問加算	利用者家族から要請を受けケアマネージャーが必要と認め、サービス提供責任者がサービスを行う場合	100 単位/回

（注1）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（2）キャンセル料

利用予定日に連絡なしにサービス提供をキャンセルした場合は、キャンセル料をいただく場合があります。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

（注）利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（3）支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、7日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 ※阿波銀行 ゆうちょ銀行 農協（JA）
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日までに請求書をお渡しいたしますのでサービス提供の翌月中に現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	()
	氏名	()
	所在地	()
	電話番号	() - () - ()
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	
	電話番号	() - () - ()

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び居宅支援事業所等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

☆当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情解決責任者 庄 野 美 保
- 苦情受付担当者 井 藤 郁 子
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日の営業日
8：30～17：15
- 電話番号 088-674-7292

(2) 行政機関その他苦情受付時間

石井町役場 福祉課 介護保険係	所在地	名西郡石井町高川原 121-1
	電話番号	088-674-6111
	FAX	088-675-1500
	受付時間	9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地	徳島市川内町平石若松 78-1
	電話番号	088-666-0111
	FAX	088-666-0116
	受付時間	9：00～17：00
徳島県社会福祉協議会	所在地	徳島市中昭和町 1-2
	電話番号	088-654-4461
	FAX	088-654-9250
	受付時間	9：00～17：00

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 利用者宅のカギのお預かりは致しません
- ④ 介護保険外のサービスはできません

(他の家族の方に対する食事の準備・ペットの世話・草抜き・使われていない部屋の掃除等)

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物のおもてなしなどはお受けいたしておりません

(3) やむを得ない事情（悪天候など訪問困難等）により訪問をお断りさせて頂く場合があります。あらかじめご了解ください。

(4) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地

事業者（法人）名 社会福祉法人 有誠福祉会
まことホームヘルプサービスステーション

代表者職・氏名 管理者 庄 野 美 保 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 印