

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書
第1号訪問事業（介護予防訪問 訪問型サービス現行相当）

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

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 東和福祉会
本社所在地	大阪府寝屋川市宇谷町1番36号
代表者氏名	理事長 岸田 幸之助
設 立 年 月 日	平成3年9月2日
連絡先及び電話番号	電話番号 072-824-0345 FAX番号 072-824-7216

2. ご利用事業所の概要

事業所名称	社会福祉法人 東和福祉会ホームヘルパーステーション寝屋川苑
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問 訪問型サービス現行相当）
事業所所在地	大阪府寝屋川市宇谷町1番36号
連絡先及び電話番号	電話番号 072-824-0345 FAX番号 072-824-7216
事業所番号	2770300347
相談担当者名	古賀 誓也 ・向島 里子・金子 笑子
通常の事業の実施地域	寝屋川市

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 訪問型サービス現行型相当）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. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日までとする。
営業時間	午前9時から午後6時まで *ただし、緊急を要する場合24時間対応致します。

サービス提供可能な日時間帯

サービス提供日	月曜日から日曜日までとする。
サービス提供時間	午前7時から午後9時まで

6. 事業所の職員体制

管理者	古賀 誓也	
従業者の職種		勤務の形態・人数
管理者		常勤 1人、
サービス提供責任者		常勤 4人、
訪問介護員		非常勤 5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	古賀 誓也・向島 里子・金子 笑子
--------------	-------------------

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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。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) (3割)
訪問型サービス(現行型)Ⅰ (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス(現行型)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	12,747円/月	1,274円	2,548円 3,822円
訪問型サービス(現行型)Ⅱ (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス(現行型)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	25,463円/月	2,546円	5,092円 7,638円
訪問型サービス(現行型)Ⅲ (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(現行型)が必要とされた者(要支援2)	40,400円/月	4,040円	8,080円 12,120円

【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	加算額		
	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
初回加算	2,168円	217円	434円
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	137/100 (13.7%)		
訪問型独自サービス特定処遇改善加算	63/1000 (0.63%)		
訪問型独自サービスベースアップ等支援加算	24/1000 (0.24%)		

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなた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。

キャンセルの時期	キャンセル料
24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
訪問日の当日のご連絡の場合	1提供あたり500円を実費請求いたします。

（３）利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、利用者負担額（介護保険適用する場合）その他の費用の請求方法等	利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ア 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他費用方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業所指定口座への振り込み ＊近畿大阪銀行 寝屋川東出張所（普通）415803 社会福祉法人 東和福祉会 居宅介護支援センター寝屋川苑 理事長 岸田 幸之助 （イ）利用者指定口座からの自動振替（ゆうちょ銀行のみ） ＊25日に自動引落としされます。（再引落 翌月 5日） 土・日・祝日の場合は翌営業日 （ウ）現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の病状の急変生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等のひつような措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

１０．事故発生時の対応方法について

利用者に対して指定介護訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市長村、利用者の家族、利用者に係る介護予防事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業所を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜（株）
保険名	賠償責任保険
保障の概要	身体 財物

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	所在地	大阪府寝屋川市宇谷町1番36号
	電話番号	072-824-0345
	FAX番号	072-824-7216
	受付時間	午前9時00～午後6時00分
	担当者	古賀 誓也

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	寝屋川市高齢福祉室	電話番号 072-824-1181
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

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 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 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	大阪府寝屋川市宇谷町1番36号
	法人名	社会福祉法人東和福祉会
	代表者職・氏名	理事長 岸田幸之助
	事業者名	社会福祉法人東和福祉会
		ホームヘルパーステーション寝屋川苑
	説明者職・氏名	

利用者 住所
氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所
本人との続柄
氏名