

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号訪問事業重要事項説明書

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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人安城市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒446-0046 愛知県安城市赤松町大北78番地4
代表者（職名・氏名）	会長 神谷明文
設 立 年 月 日	昭和43年4月（法人登記）
電 話 番 号	（0566）77-2941

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	指定訪問介護事業所 「安城市社会福祉協議会ホームヘルパーセンター」	
サービスの種類	介護予防訪問サービス、生活支援訪問サービス	
事業所の所在地	〒446-0046 愛知県安城市赤松町大北78番地4	
電 話 番 号	（0566）77-7663	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2373100060
管理者の氏名	山崎健	
事業の実施地域	安城市	

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、安城市や事業者、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号訪問事業は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、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。 排泄介助・・・排泄の介助、おむつ交換などを行います。 食事介助・・・食事の介助、水分補給などを行います。 移動介助・・・体位変換や移乗介助を行います。 身体整容・・・洗面介助や歯磨きや義歯の洗浄などを行います。 更衣介助・・・起床、就寝時の介助を行います。
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。 調理・・・ご利用者様の食事の用意を行います。 洗濯・・・ご利用者様の洗濯を行います。 掃除・・・ご利用者様の居室等の掃除、ゴミ出しを行います。 買い物・・・ご利用者様の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし祝日、年末年始（12月29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5時15分まで
サービス提供時間	午前9時から午後5時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
従事者	常勤 7人	非常勤 21人
うち介護福祉士	常勤 7人	非常勤 12人
うち介護職員初任者研修等修了者	常勤 0人	非常勤 9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	
--------------	--

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に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。

(1) 第1号訪問事業利用料

【基本部分】

サービス名称	回数	基本利用料	利用料（利用者負担額）		
			1割	2割	3割
介護予防訪問サービス	週1回	12,253円	1,226円	2,451円	3,676円
	週2回	24,476円	2,448円	4,895円	7,343円
	週2回を超える程度	38,835円	3,884円	7,767円	11,651円
生活支援訪問サービス	週1回	10,086円	1,009円	2,017円	3,026円
	週2回	20,162円	2,017円	4,032円	6,049円

※上記料金表には地域区分（安城市は「6級地」10.42円）を乗じています。

【加算】介護予防訪問サービス利用者のみ

サービス名称	加算の要件	基本利用料	利用料 (利用者負担額)	
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,084円	1割	209円
			2割	417円
			3割	626円
生活機能向上 連携加算	サービス提供責任者が訪問リハビリテーション実施時に理学療法士等と同行し、共同して訪問介護計画を作成し、サービスを提供した場合（1月につき）	1,042円	1割	105円
			2割	209円
			3割	313円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等を行うための加算	所定単位数の18.2%を加算		

（２）介護予防訪問サービスと生活支援訪問サービスを併用した場合

ケアマネジメントにおいて、生活機能の維持、向上等のため必要と認められるのであれば、介護予防訪問サービスと生活支援訪問サービスを併用することは可能です。その場合、1回あたりの単価を使用します。

回数	サービス名称	基本利用料	利用料 (利用者負担額)	
週1回程度	介護予防訪問サービス	2,782円	1割	279円
			2割	557円
			3割	835円
	生活支援訪問サービス	2,292円	1割	230円
			2割	459円
			3割	688円

回数	サービス名称	基本利用料	利用料 (利用者負担額)	
週 2 回程度	介護予防訪問サービス	2,823 円	1 割	283 円
			2 割	565 円
			3 割	847 円
	生活支援訪問サービス	2,334 円	1 割	234 円
			2 割	467 円
			3 割	701 円
週 3 回程度	介護予防訪問サービス	2,980 円	1 割	298 円
			2 割	596 円
			3 割	894 円
	生活支援訪問サービス	2,459 円	1 割	246 円
			2 割	492 円
			3 割	738 円

(3) 交通費

あなたの事情で、サービス提供の際に公共交通機関等を使用する場合には、本人及び訪問介護員に係る交通費等は、あなたに負担していただきます。

実施地域を超えて行う第 1 号訪問事業に要した交通費は、その実費を徴収します。

- ① 1 キロメートルにつき 30 円を徴収します。ただし、経路の通算が 1 キロメートル未満の端数を生じたときは、これを切り捨てます。
- ② 支払いについては利用者又はその家族に対して、事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）をお願いします。

9. 支払い方法

上記（１）から（２）までの利用料は、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。

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２５日（祝休日の場合は翌営業日）に、ご指定された口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌々月の１０日（祝休日の場合は翌営業日）までに、下記の口座にお振り込みください。 （１）あいち中央農業協同組合 本店 普通預金 ００１０１８５ 社会福祉法人安城市社会福祉協議会 会長 神谷明文 （２）碧海信用金庫 本店 普通預金 ０９９４０３８ 社会福祉法人安城市社会福祉協議会 会長 神谷明文
現金払い	サービスを利用した月の翌々月の１０日（休業日の場合は翌営業日）までに、現金でお支払いください。

10. 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、速やかに家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

11. 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安城市等へ連絡を行うとともに記録を作成し、必要な措置を講じます。

12. 損害賠償保険の加入

事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日本興亜損害保険
保険名	総合賠償責任保険
補償の内容	対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償

1 3. 事業者の責任によらない事由によるサービスの提供不能

契約の有効期間中、暴風雨、地震等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの提供ができなくなった場合には、当該サービスを提供する義務を負いません。

1 4. 苦情等の受付

(1) 苦情の受付及びサービス利用等のご相談

担当	安城市社会福祉協議会 在宅福祉係長
受付時間	火曜日～土曜日（祝日、年末年始を除く） 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 電話番号 7 7－7 6 6 3 F A X 7 7－9 6 5 1

(2) 第三者委員

地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場からサービスに対するご意見等をいただいています。下記事務局にご連絡をいただければ、「第三者委員」をご紹介します。

担当	安城市社会福祉協議会 総務係長
受付時間	火曜日～土曜日（祝日、年末年始を除く） 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 電話番号 7 7－2 9 4 1 F A X 7 3－0 4 3 7

(3) 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。

安城市福祉部 高齢福祉課 介護保険係	所在地	〒4 4 6－8 5 0 1 安城市桜町 1 8 番 2 3 号		
	電話番号	7 6－1 1 1 1	F A X	7 4－6 7 8 9
	受付時間	月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く。） 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分		
愛知県国民健康 保険団体連合会 介護保険課	所在地	〒4 6 1－8 5 3 2 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号		
	電話番号	052-971-4165	F A X	052-962-8870
	受付時間	月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く。） 午前 9 時～午後 5 時		

15. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無

有

無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

16. 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（社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務は除く）
- 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、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者住所 安城市赤松町大北78番地4

指定訪問介護事業所

事業所名 「安城市社会福祉協議会ホームヘルパーセンター」

説明者職名 _____ 氏名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項について説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

ご本人が書名することが難しい場合は、署名の代行ができます。その場合、署名代行者の氏名をご記入ください。

署名代行者 氏 名 _____ (印)

介護者等代表者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)