

介護予防・日常生活支援総合事業

(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。

この重要事項説明書は、介護予防訪問介護相当サービスに適用される説明書です。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	特定非営利活動法人福祉サポートセンターさわやか愛知
主たる事務所の所在地	大府市共栄町二丁目420番地の1
代表者（職名・氏名）	理事長 丸山 冬芽
設立年月日	平成11年7月15日（平成6年12月21日さわやか愛知設立移行）
電話番号	0562-47-2893

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーションさわやか愛知	
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒474-0074 大府市共栄町二丁目420番地の1	
電話番号	0562-44-9206	
指定年月日・事業所番号	訪問介護 平成15年6月27日指定 介護予防訪問介護平成30年3月31日指定	愛知県2374200364号
事業の実施地域	大府市・名古屋市（緑区）豊明市	

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

介護予防訪問介護相当サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、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。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日（但し、12月30日～1月3日を除く）
営業時間	8時30分から17時30分

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
サービス提供責任者	常勤 4人
訪問介護員	常勤 5人 非常勤 45人

7. 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、原則として基本料金に、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。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) 介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービス名称	基本利用料(1月につき)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
介護予防訪問介護相当サービスⅠ	12,006円	1,201円	2,402円	3,602円
介護予防訪問介護相当サービスⅡ	23,983円	2,399円	4,797円	7,195円
介護予防訪問介護相当サービスⅢ	38,052円	3,806円	7,611円	11,416円

※ やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

※ 2人の訪問介護員でサービスを行う場合(例)

- ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

※ 初回のサービス提供責任者のサービス(または同行)は、所定単位数1月につき200単位を加算します。「初回加算」

※ 「介護職員処遇改善加算Ⅱ」基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に10.0%加算します。

- ※ 「介護職員特定処遇改善加算Ⅱ」基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に4.2%加算します。
- ※ 「介護職員等ベースアップ等支援加算」基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に2.4%加算します。
- ※ 「地域加算」大府市は7級地の加算をいたします（1単位10.21円で算定）
- ※ 「生活機能向上連携加算Ⅰ」または「連携加算Ⅱ」自立支援型のサービス提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護を作成することに対し、所定単位数1月につき100単位又は200単位を加算します。
（当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から3ヶ月、算定します）

「介護予防訪問介護相当サービス」

- ※ 利用料金は1か月の定額制です。
- ※ ご契約者の体調不良や状態の改善により、介護予防訪問介護計画に定めた回数より利用が少なかった場合、または定めた期日より多かった場合であっても日割りでの計算は行いません。
- ※ 月の途中から利用を開始した場合は契約日からの日割り計算を行います。以下の場合も日割り計算になります。
 - ①月途中で要介護から要支援となった場合。
 - ②月途中で要支援から要介護に変更となった場合。
 - ③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合。

（2）キャンセル料

急なキャンセルで訪問介護員が訪問した場合は、交通費のみいただきます。
ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：ヘルパーステーションさわやか愛知 TEL0562-44-9206）

（3）交通費

通常の事業に要した交通費は、事業所規定に従い、交通費の実費を徴収させていただきます
買い物等で自動車使用の場合1kmにつき50円いただくものとします。

(4) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(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。

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(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 碧海信用銀行 大府支店 普通口座 1804812 特定非営利活動法人 福祉サポートセンターさわやか愛知 理事 川上里美
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

8. 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。

9. 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ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ないます。

10. 第三者評価の実施状況 なし

11. 苦情(虐待・ハラスメント等)相談窓口

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

事業所相談窓口	電話番号 0562-47-2893・0562-44-9205 面接場所 当事業所の相談室 理事長 丸山冬芽 ・ 介護保険部管理者 川上佐織
---------	---

(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	知多北部広域連合 事業課 給付係	電話番号 052-689-2263 所在地 東海市荒尾町西廻間2-1 東海市しあわせ村内
	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号 052-971-4165 所在地 名古屋市東区泉一丁目6番地5号 (国保会館)
	大府市役所 高齢障がい支援課	電話番号 0562-45-6289 所在地 大府市中央町5丁目70番地

11. 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。

以下サービス利用にあたって禁止事項

(4) 事業者に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為

(5) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為

(6) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること
以上ハラスメント行為等で健全な信頼関係ができないと判断した場合はサービス中止や契約解除をすることも有ります。

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。

事業者名 ヘルパーステーションさわやか愛知

説明者職名 サービス提供責任者 氏名 _____ 印

《担当サービス責任者》

年 月 日	利用者 印	担当 印
年 月 日	利用者 印	担当 印
年 月 日	利用者 印	担当 印

12 個人情報利用同意書

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防訪問介護相当サービスの提供開始に同意します。

なお、私および私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防訪問介護相当サービスの提供を受けるにあたって、担当職員と介護予防訪問介護相当サービス事業者で円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握する為
- (2) 事業所内のカンファレンス（ケース検討、ケア会議等）の為
- (3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他の社会福祉施設・団体との連絡調整の為

2 個人情報の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家族の状況等で、事業者がサービスを提供するのに必要なお契約者やご家族の個人情報
- (2) その他、ご契約者やご家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報

3 使用する期間

契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外のものに漏れることの無いように細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。 以上

ヘルパーステーション さわやか愛知 御中

年 月 日

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

〈家族代表〉 住 所

氏 名 _____ 印（利用者との関係：_____）

利用者は身体の状況により署名ができない為、利用者本人の意思を確認の上、私が代わってその署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉 住 所

氏 名 _____ 印（利用者との関係：_____）