

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）

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	一般社団法人日向市東臼杵郡医師会
主たる事務所の所在地	〒883-0052 日向市鶴町1丁目6-2
代表者（職名・氏名）	代表者 今給黎 承
	電話番号：0982-54-7770 FAX：0982-54-7772

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	日向市東臼杵郡医師会立ヘルパーステーション
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）
事業所の所在地	〒883-0052 日向市鶴町1丁目6-2
	電話番号：0982-54-7770 FAX：0982-54-7772
事業所番号	4570600256
管理者の氏名	松岡 涼子
通常の事業の実施地域	日向市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、訪問介護相当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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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（訪問型サービス(独自)）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、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）及びお盆（8月14日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

訪問介護員の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 4人、 非常勤 2人
介護職員初任者研修修了者	常勤 1人、 非常勤 5人

7. 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供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。

管理者	松岡 涼子
サービス提供責任者の氏名	児玉 恭子 ・ 黒木 奈緒美

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記載のとおりの割合となります。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) 第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）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 (1月あたり)	利用者負担 (1割の場合)
訪問型独自サービス11 (1月につき)	週1回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	11,760円	1,176円
訪問型独自サービス12 (1月につき)	週2回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	23,490円	2,349円
訪問型独自サービス13 (1月につき)	週3回を超える程度のサービスが必要とされた場合(事業対象者・要支援)	37,270円	3,727円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防訪問介護の金額に相当する金額であり、介護予防訪問介護の金額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		
		基本利用料	利用者負担 (1割の場合)	利用者負担 (2割の場合)
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,000円	200円	400円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	当該算定要件を満たした場合	22.4%		
特定事業所加算Ⅱ	当該算定要件を満たした場合	10.0%		

(2) キャンセル料

第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

(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、10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20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。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（休業日の場合は直後の営業日）までに、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、速やかに家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

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（又は介護支援専門員）及び日向市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) 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	電話番号 0982-54-7770
	面接場所 当事業所の相談室
	苦情受付時間 事業所の営業日及び営業時間に同じ

(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。

情受付機関	日向市高齢者あんしん課	電話 0982-52-2111
	宮崎県国民健康保険団体連合会	電話 0985-35-5301

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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. サービスにあたっての禁止事項

(1) 事業所やサービス従事者に対して、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどのハラスメント行為

パワーハラスメント	適切な範囲を超えた精神的・身体的苦痛を与える言動 例) 殴る、物を投げる、人格を否定、大声又は長時間にわたる叱責等
セクシャルハラスメント	相手の意に反する性的な言動 例) 性的冗談、不必要な接触、性差別、私的事項に過度に立ち入る等
カスタマーハラスメント	利用者やその家族による理不尽なクレーム・言動 例) 長時間に渡り職員を拘束する、罵声、土下座を要求する等

(2) サービス利用中の無断での動画撮影、SNS等への投稿

(3) ペットの管理について

大切なペットを守るため、また、職員が安全にケアを行うためにも、訪問中はゲージや居室以外の部屋へ保護するなどのご配慮をお願いします。

職員がペットに噛まれる等、怪我をした場合、治療費等のご相談をさせて頂く場合がございます。

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明交付しました。

〈事業者〉 一般社団法人 日向市東臼杵郡医師会
所在地 宮崎県日向市鶴町1丁目6-2
事業所名 日向市東臼杵郡医師会立ヘルパーステーション 印
(指定番号：4570600256)
代表者 会長 今給黎 承
説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

〈利用者〉
住 所 _____
氏 名 _____ 印
連 絡 先 _____

私は、本人の契約意志を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行理由 ()

署名代行者 続 柄 _____
住 所 _____
氏 名 _____ 印
連 絡 先 _____