

[指定訪問型サービス]

介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号訪問事業・訪問介護相当サービス  
河南町

# 「重要事項説明書」

社会福祉法人 長 生 会

**-介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号訪問事業・訪問介護相当サービス 重要事項説明書**

(ご利用者)に対する第1号訪問事業・訪問介護相当サービス(以下「訪問介護相当サービス」という。)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**

|            |                                |
|------------|--------------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 社会福祉法人 長生会                     |
| 主たる事務所の所在地 | 〒583-0992 大阪府南河内郡太子町大字山田2550番地 |
| 代表者(職名・氏名) | 理事長 上田 悦士                      |
| 設立年月日      | 平成6年8月24日                      |
| 電話番号       | 0721-98-4165                   |

**2. ご利用事業所の概要**

|            |                                |
|------------|--------------------------------|
| ご利用事業所の名称  | 美野の里 ヘルパーステーション                |
| サービスの種類    | 訪問介護相当サービス                     |
| 事業所の所在地    | 〒583-0992 大阪府南河内郡太子町大字山田2550番地 |
| 電話番号       | 0721-98-4165                   |
| 事業所番号      | 2773500182                     |
| 通常の事業の実施地域 | 太子町、河南町、富田林市一部(錦織地区)           |

**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、自立支援に資する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、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**

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、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。<br>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。<br>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<br><u>ただし、年末年始(12月30日から1月3日)を除きます。</u> |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後6時00分まで                                |

## 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種    | 勤務の形態・人数      |
|-----------|---------------|
| サービス提供責任者 | 常勤 2人         |
| 訪問介護員     | 常勤 6人、 非常勤 6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応じた基本利用料(1割・2割・3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) 訪問介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【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<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割・3割)     |
|--------------------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------|
| 訪問型<br>サービス11<br>(1月につき) | 週1回程度の訪問型サービス<br>(事業対象者・要支援1・2) | 14,994円/<br>月 | 1,500円        | 2割2,999円<br>3割4,499円 |
| 訪問型<br>サービス12<br>(1月につき) | 週2回程度の訪問型サービス<br>(事業対象者・要支援1・2) | 29,957円/<br>月 | 2,996円        | 2割5,992円<br>3割8,988円 |

|                          |   |               |        |                       |
|--------------------------|---|---------------|--------|-----------------------|
| 訪問型<br>サービス13<br>(1月につき) | 週2回を超える程度の訪問型<br>サービス(要支援2)                     | 47,536円/<br>月 | 4,754円 | 2割9,508円<br>3割14,261円 |
| 訪問型<br>サービス21<br>(1回につき) | 1月の中で全部で4回までのサー<br>ビスを行なった場合<br>(事業対象者・要支援1・2)  | 3,417円/回      | 342円   | 2割684円<br>3割1,026円    |
| 訪問型<br>サービス22<br>(1回につき) | 1月の中で全部で5回～8回のサー<br>ビスを行なった場合<br>(事業対象者・要支援1・2) | 3,469円/回      | 347円   | 2割694円<br>3割1,041円    |
| 訪問型<br>サービス23<br>(1回につき) | 1月の中で全部で9回～12回のサー<br>ビスを行なった場合<br>(事業対象者・要支援2)  | 3,657円/回      | 366円   | 2割732円<br>3割1,098円    |

(注1) 上記の基本利用料は、河南町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱で定める額であり、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訂されます。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<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割・3割) |
| 初回加算                      | 新規の利用者へサービス提供した場合  | 2,084円                      | 209円          | 2割417円<br>3割626円 |
| 生活機能向上<br>連携加算<br>(1月につき) | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合 | 1,042円                      | 105円          | 2割209円<br>3割313円 |
| 介護職員等処遇<br>改善加算(Ⅱ)        | 介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合  | 所定単位数の<br>22.4%加算<br>(1月つき) |               |                  |

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、訪問介護相当サービスの月単位の利用料の場合は定額のため、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                 |
|------------------|------------------------|
| 12時間前までご連絡の場合    | 利用者負担金の <u>50%</u> の額  |
| 12時間前までにご連絡のない場合 | 利用者負担金の <u>100%</u> の額 |

(注) 利用予定日の24時間前までのご連絡の場合は、キャンセル料不要です。

### (3) ご利用料金等の請求及び支払い方法について

上記(1)及び(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、利用月ごとの合計金額により請求いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌日15日までにご利用者宛にお届け(郵送)します。

|        |   |
|--------|---|
| 支払い方法等 | 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上、請求月の月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>(ア) 事業者指定講座への振り込み<br>(イ) 利用者指定口座からの自動振替<br>(ウ) 現金支払い<br>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、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。<br>(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。) |
|--------|---|

※ 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支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

### 9. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |          |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する担当者 | 管理者 福中 淳 |
|-------------|----------|

(2) 虐待防止のための指針を整備しています

(3) 虐待防止のための対策を検討するための委員会を定期的開催し、その結果を従業員に周知徹底を図っています

(4) 従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事務所従業員又は養護者(現に擁護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します

### 10. 身体拘束の防止について

事業者は、当該ご利用者様又は他のご利用者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

### 1 1. 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<br>氏名<br>所在地<br>電話番号 |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名 (利用者との続柄)<br>電話番号         |  |

### 1 2. 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河南町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 1 3. 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 0721-98-4165<br>面接場所 当事業所の相談室 |
|---------|------------------------------------|

(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 | 河南町 高齢障がい福祉課   | 電話番号 0721-93-2500 |
|        | 大阪府国民健康保険団体連合会 | 電話番号 06-6949-5418 |

### 1 4. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 1 5. 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 大阪府南河内郡太子町大字山田2550番地  
事業者（法人）名 社会福祉法人 長生会  
代表者職・氏名 理事長 上田 悦士  
説明者職・氏名

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

署名代行者（又は法定代理人）  
住所  
本人との続柄  
氏名

立会人 住所  
氏名