

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当)
重要事項説明書

合同会社 イースマイル
訪問介護ステーションあけび

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）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	合同会社 イースマイル
主たる事務所の所在地	〒052-0014 伊達市舟岡町352-22ハイムストロブ 1F-C号室
代表者（職名・氏名）	代表社員 野崎 弘明
設 立 年 月 日	平成23年 5月 1日
電 話 番 号	0142-82-3016

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護ステーションあけび	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事業所の所在地	〒052-0014 伊達市舟岡町352-22 ハイムストロブ 1F-C号室	
電 話 番 号	0142-82-3016	
指定年月日・事業所番号	平成23年5月1日指定	0173700477
管理者の氏名	野崎 弘明	
通常の事業の実施地域	伊達市	

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（介護予防訪問介護相当）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	月曜日から金曜日まで 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31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9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

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 4人、 非常勤 4人
実務者研修等終了者	常勤 4人、 非常勤 0人
介護職員初任者研修等終了者	常勤 0人、 非常勤 1人
看護師・准看護師	常勤 0人、 非常勤 1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	高橋 由比乃
--------------	--------

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割又は3割の額です。但し、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)	(2割)	(3割)
訪問型独自サービス13 (1月につき)	月に13回以上利用した場合	37,270円/月	3,727円(1割)	7,454円(2割)	11,181円(3割)
訪問型独自サービス21 (1回につき)	標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合 週1回・週2回・週3回の利用	2,870円/回	287円(1割)	574円(2割)	861円(3割)

【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) (2割) (3割)
訪問型独自サービス初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円(1割) 400円(2割) 600円(3割)
訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)する場合。当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行う場合。	1,000円	100円(1割) 200円(2割) 300円(3割)
訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ	現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合。	2,000円	200円(1割) 400円(2割) 600円(3割)
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ ※		単位数の基本部分と各種加算の合計24.5%	
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ ※		単位数の基本部分と各種加算の合計22.4%	
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ ※		単位数の基本部分と各種加算の合計18.2%	
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ ※		単位数の基本部分と各種加算の合計14.5%	

訪問型独自サービス 処遇改善加算V1 ※	当該加算の算定要件を満たす場合	単位数の基本部分と各種加算の合計 22.1%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V2 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 20.8%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V3 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 20.0%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V4 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 18.7%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V5 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 18.4%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V6 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 16.3%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V7 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 16.3%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V8 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 15.8%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V9 ※		単位数の基本部分と各種加算の合計 14.2%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V10※		単位数の基本部分と各種加算の合計 13.9%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V11※		単位数の基本部分と各種加算の合計 12.1%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V12※		単位数の基本部分と各種加算の合計 11.8%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V13※		単位数の基本部分と各種加算の合計 10.0%
訪問型独自サービス 処遇改善加算V14※		単位数の基本部分と各種加算の合計 7.6%

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(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、お客様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
利用予定日の前日	キャンセル料は不要です。
利用予定日の当日	1,500円を請求します。

(注) 但し、お客様の容態の急変や入院など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料不要です。

(3) 支払い方法

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 20 日までに利用

月分の請求書を郵送または手渡し致しますので、次のいずれかの方法によりお支払い下さい。
 なお、お支払い頂けましたら、領収書を発行致しますので、大切に保管して下さい。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（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。 伊達信用金庫 本支店 普通口座 4149475
自動振替	サービスを利用した月の翌月の20日に利用者指定口座（伊達使用金庫に限り）からの自動振替。

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 医療機関・主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
利用者の 医療機関・主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 住所 電話番号 携帯電話	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 住所 電話番号 携帯電話	

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及び伊達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、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0142-82-3016 所在地 伊達市舟岡町352-22ハムストロブ 1F-C号室
---------	--

(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	伊達市役所 保健福祉部介護保険課	電話番号 0142-23-4111 所在地 伊達市鹿島町20番地1
	北海道国民健康保険団体連合会	電話番号 011-231-5161 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目

(3) 苦情の基本対応手順

- ①苦情の受付
- ②苦情内容の確認
- ③苦情等解決責任者への報告
- ④苦情解決に向けた対応の実施
- ⑤原因究明
- ⑥再発防止及び改善の措置
- ⑦苦情等解決責任者への最終報告
- ⑧苦情申立者に対する報告

1 2. 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) 交通費

①通常のサービス提供実施地域 → 無料

それ以外の地域 → お客様の実費負担となります。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。

事業所から片道 10 キロメートル未満 300 円

事業所から片道 10 キロメートル以上 500 円

※当事業所の通常サービス提供地域については、本重要事項説明書 1 ページに記載しています。

②通院介助の交通費 → お客様の実費負担となります。

(4) 水道代・ガス代

お客様のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はお客様の
実費負担となります。

(5) 電話代

お客様のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はお客様
の実費負担となります。

(6) 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。

13. ケアマネージャーや主治医（かかりつけ医）との連携

- (1) 当事業所は、サービス提供にあたり、ご担当者のケアマネージャーや主治医（かかりつけ医）との賢密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。
- (2) お客様が居宅サービス計画（介護予防ケアプラン）の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネージャーへ連絡し、調整いたします。

14. 契約の終了

お客様が介護保険施設に入所（入院）した場合や自立（非該当）と認定された場合などは、契約は自動的に終了します。

15. 契約の解約について

お客様は、当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには、文章で通知を行い、ただちに契約を解約することができます。

説明年月日: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、お客様に対して重要事項を説明しました。

事業者 所在地 北海道伊達市舟岡町 352-22 ハイムストローク 1F-C 号室
事業者名 合同会社 イースマイル
代表 代表社員 野崎 弘明

説明者氏名_____

私は、事業者より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_____

氏名_____ 続柄_____