

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

令和6年 8月1日現在

1、事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大玉村社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 福島県安達郡大玉村玉井字東三合目19番地
- (3) 電話番号 0243-68-2100
- (4) 代表者氏名 会長 武田正男
- (5) 設立月日 平成6年7月1日

2、事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所 (0772100236)

- (2) 事業の目的

事業者は、利用者が可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的とし、訪問介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称

社会福祉法人 大玉村社会福祉協議会
大玉村社協ヘルプサービス

- (4) 事業所の所在地 福島県安達郡大玉村玉井字台36番地1
- (5) 電話番号 0243-48-4850
- (6) 管理者 菅野さおり
- (7) 運営の方針

訪問介護員は、利用者に対し可能な限り、居宅においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るようサービスに努めます。
また、事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って関係市町村機関等との連携のもとサービスに努めます。

3、事業実施区域及び営業時間

- (1) 営業日及び営業時間、実施区域

| | |
|-----------|---|
| 事業所の営業時間 | 土・日曜日・祝祭日及び12月29日から翌年1月3日 までを除く、午前8時30分から午後5時15分まで |
| サービス提供時間 | 12月29日から翌年1月3日までを除く 午前7時から午後10時 |
| サービスの提供区域 | 大玉村・本宮市・旧二本松市 |

※ 時間外相談受付 上記 (1) 以外の相談については、下記の携帯で受け付けます。

受付電話番号

090-8782-1186

4、職員体制

| 職名 | 資格 | 勤務体制 | 職員数 | 業務内容 |
|-----------|--------------|------|-------|------------------------|
| 管理者 | 介護福祉士 | 常勤 | 1名 | 職員及び訪問介護員の管理及び業務の管理を行う |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | 常勤 | 1名 | 訪問介護全般 |
| 訪問介護員 | ヘルパー 2級以上 | 登録 | 10名以上 | 訪問介護 |

5、当時業所が提供するサービスと料金

(1) サービスの実施内容、実施日及び実施回数

居宅サービス計画（ケアプラン）に沿い、訪問介護計画の内容で実施します。

(2) サービス利用料金

①利用者がサービスを利用した場合の「基本料金」は別紙の通りであり、利用者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、介護報酬告示上の額の利用者負担割合の額とします。

②この基本料金は、介護保険法に基づく金額です。

③介護保険以外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には全額自己負担となります。

(3) 交通費について

通常のサービス提供区域にお住まいの方は交通費をいただきませんが、提供区域以外の方は、訪問介護員等が訪問するための交通費として、提供区域を越えた境界からの移動距離1kmにつき32円の実費が必要となります。

(4) 加算について

事業所の加算内容は別紙の通りとさせていただきます。また、当事業所は厚生労働大臣が定める地域に所在しており、特別地域訪問介護加算の対象事業所となります。

(5) 利用の中止・キャンセル

利用者の都合によりサービスの中止・変更を希望する際にはサービスの実施日前日までに事業所までご連絡ください。

(6) 利用の変更・追加

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により、利用者の希望に応じたサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。

(7) 利用料の支払い

上記(2)の①・③及び(3)(4)の利用料（利用者負担割合分の金額）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でお支払い下さい。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、お支払いを受けた後、お届けいたします。

| | |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月27日（休日の場合は直前の平日）に、指定の口座より引き落とします |
| 現金支払い | 事業所から集金に伺います |

6、サービス利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替でサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

①利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望される場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることが出来ます。但し、利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合には、利用者及び家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(3) サービス利用時の禁止行為等

①サービス提供の際、訪問介護員は以下の業務を行う事ができませんので、あらかじめご了承ください。

- ・医療行為
- ・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
- ・他の家族の方に対する食事の準備など

②訪問介護員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

③訪問介護員は利用者・家族に対し、宗教・政治・営利目的の活動等を行いません。

7、緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医・家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。また、事業所等にも連絡を図り、情報を共有します。

8、事故発生時の対応

サービスの提供により事故等が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9、虐待の予防

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために必要な措置を講じます。

10、非常災害対策

事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害並びに感染症に対処するため、事業継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練等を、定期的に行います。

11、身体拘束等の適正化の推進

利用者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、身体的拘束を行ってはならないこととし、身体的拘束を行う場合には、その容体及び時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12、苦情の受付について

(1) 苦情の受付 当事業所で提供したサービスに苦情や相談がある場合は、以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 (担当者) 「職名」 事務局長 根本 達弥
- 受付時間 月曜日～金曜日の8:30～17:00 但し、祝祭日及び12月29日～1月3日は除く。
- 電話番号 0243-68-2100
- 苦情解決責任者 武田 正男 (社協会長)
- 第三者委員 2名委嘱しております。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

| | | |
|--------------------|------|-------------------|
| 大玉村役場介護保険担当課 | 所在地 | 大玉村玉井字星内70 |
| | 電話番号 | 0243-48-3131 (代表) |
| 福島県国民健康保険団体連合会 | 所在地 | 福島市中町3番7号 |
| | 電話番号 | 024-523-2702 |
| 福島県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 所在地 | 福島市渡利字七杜宮111 |
| | 電話番号 | 024-523-2943 |

13、第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|-------|--------|-------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1. あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1. あり 2. なし |
| | ②なし | | |

14、秘密保持について

業務上知り得た利用者及び家族に関する秘密や個人情報について、第三者に漏らすことはありません。又、契約終了後においても守秘義務を厳守します。

14、サービス提供の責任者

サービス提供にあたっての責任者は下記の通りです。

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、何でもお申し出下さい。

サービス提供責任者

0243-48-4850

090-8782-1186

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 福島県安達郡大玉村玉井字台36番地1
事業者名 社会福祉法人 大玉村社会福祉協議会
大玉村社協ヘルプサービス
説明者名 サービス提供責任者

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、十分理解したうえ同意します。

利用者 住所

氏名

印

署名代行人（又は法定代理人）

住所

氏名

印

本人との続柄

《別表》

介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護サービス利用料 (1ヶ月の料金)

| サービス名称 | サービスの内容 | 基本単位 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------------|-----------------------|-------|-------|-------|--------|
| 訪問型独自サービスⅠ | 週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 1,176 | 1,176 | 2,352 | 3,528 |
| 訪問型独自サービスⅡ | 週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 2,349 | 2,349 | 4,698 | 7,047 |
| 訪問型独自サービスⅢ | 週3回程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 3,727 | 3,727 | 7,454 | 11,181 |

単位 円

《加算》上記基本料金に下記の加算が追加となります。

| | |
|----------------|--------------|
| 初回加算 | 200単位／1月につき |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 総単位数に14.5%加算 |
| 生活機能向上連携加算(新規) | 100単位／月 |
| 特別地域訪問介護加算 | 総単位数に15%加算 |

※ 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、給付費が改定された場合は利用料も自動的に改定されます。

令和6年6月1日の介護報酬改定により変更