

重要事項説明書（介護予防訪問介護事業用）

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防訪問介護サービスについて、契約を締結する前に知っておきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

1 訪問介護サービスを提供する事業者について

令和6年8月1日作成

事業者名称	栄友社 訪問介護センター
代表者氏名	松岡 滋
本社所在地 （連絡先）	〒590-0116 大阪府堺市南区若松台2丁1番4-107号 TEL 072-291-0294 FAX 072-291-0295

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	当法人が設置する 介護予防訪問介護事業所において、介護予防訪問介護事業の適切な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、指定訪問介護予防訪問介護の円滑な運営管理を図るとともに利用者の立場に立った適切な指定介護予防訪問介護の提供を提供することを目的とする。
運営方針	この事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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自立した日常生活を営むことができるように配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行う。①必要に応じて介護予防訪問介護の提供が可能なよう努める。②利用者の所在する市町村、統括地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、その他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。③その他については、厚生省令に定める内容を遵守し、事業を実施する。

(2) サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月曜日～土曜日までとする（日曜日・祝日 は休み） ただし、年末年始（12/30～1/4 まで）盆休みは、8/13～8/15 までは休業とする。
営業時間	午前9時～午後6時までとする

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日・営業時間	上記記載内容と同じ
----------	-----------

(4) 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
サービス提供責任者	管理者と共にコーディネートを行う	最低数 1名
訪問介護職員	利用者の居宅にてサービスを行う	最低数 3名
事務職員	管理・責任者のサポートを行う	1名

3 提供するサービスの内容及び料金及び利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
身体介護	食事介助	全部・一部 スプーン・おはし
	入浴介助	全身浴・一部分浴
	排泄介助	トイレ・ポータブル・オムツ
	清拭	全部・一部
	体位変換	体の向き・位置・床擦れのできている所、そうでないところの保護
	通院・外出介護	病院・役所・施設（リハ、プール）・身体事情の必要品購入の送迎
家事援助	買 物	代行（メカ指定の場合その品物を買う）
	調 理	介護者の食べやすい大きさ、形に注意（歯の状態に合す）
	掃 除	利用者分を指示通り（置いている物は元の位置に）
	洗 濯	その家のやり方があるので最初に確認する

4 その他の費用について

①交通費	利用者の居宅が、通常事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。	
②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日の現地でのキャンセルの場合	1提供あたりの料金の100%を請求いたします。
	ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。	
③サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担 となります。	

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

①利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用はサービス提供毎に計算し、利用月毎の合計金額により請求いたします。
----------------	---

	イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者にお渡します。
①利用料、その他の費用の支払い	ア サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 20 日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。 ①利用者様の郵便局口座からの自動引き落とし ②現金支払い イ 現金払いの場合には、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いいたします。

6 担当ヘルパーの変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者 氏名 金谷 由美子 ・ 松岡 滋 イ 連絡先電話番号 072-291-0294 FAX 番号 072-291-0295 ウ 受付日及び受付時間 月曜日～土曜日 午前 9 時～午後 6 時 土曜日は、午前 9 時～午後 5 時
--	---

* 担当ヘルパーの変更に関しましては、ご利用者のご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もありますことを予めご了承ください。

7 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について。	事業者及び事業所の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩をぼうしするものとします。

8 高齢者虐待防止について

- 研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます
- 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9 緊急時の対応方法について

- サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。
- 介護予防訪問介護サービスご利用の場合、出来るだけ早くご連絡致しますが道路事情で遅れお待ち願うこともありますのでご了承下さい。
- 事故などので遅れる場合、利用者にご連絡致しますが、お待ち願うこともありますのでご了承下さい。

10 介護予防訪問介護サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの「介護予防居宅サービス計画」に沿って、事前にお聞きした日常生活の状況や利用意向を基に作成したものです
- 契約締結後のサービス提供は、この内容に基づく「介護予防訪問介護予定表」を作成の上で実施しますが、状況の変化、意向の変動などにより、内容変更を行う事も可能です。

その他の費用

① 交通費の有無	(有・無)
② キャンセル料	重要事項説明書 4-②記載のキャンセル料となります。
③ 光熱水費	利用者（お客様）の別途負担となります。

①介護予防訪問介護の内容に対する料金、利用料

サービス体制		基本料金	保険適用時負担額
(Ⅰ)要支援 1.2 週 1 回程度の介護予防訪問介護の場合(1 ヶ月)		12200 円/月	1220 円/月
(Ⅱ)要支援 1.2 週 2 回程度の介護予防訪問介護の場合(1 ヶ月)		24400 円/月	2440 円/月
(Ⅲ)週 2 回を超える介護予防訪問介護の場合(1 ヶ月)		38700 円/月	3870 円/月
加算	体制	介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本部分×13.7%
		介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	基本部分×4.2%
		ベースアップ等支援加算	基本部分×2.4%
	個別	初回加算(1 ヶ月につき)	2000 円/月 200 円/月

②重要事項説明記載のその他の費用の有無、利用者の費用負担

ア 交通費請求の有無	(有・無) 有の場合…サービス提供 1 回当たり 円
イ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅での 光熱費用	利用者（お客様）の別途負担となります。
ウ キャンセル料	下記の ③ に別途記載のとおりです。

③サービス利用のキャンセル料

介護予防訪問介護サービスの利用のキャンセルについては、利用者がサービス提供の 24 時間前までに事業者へ通知した場合、利用料等を負担する必要はありません。なお、利用者がサービス提供の 24 時間前までに、サ

ービス利用のキャンセルを通知しなかった場合、事業者は利用者に対して、この契約において定める所定のキャンセル料を請求することができます。

【キャンセル料の取扱い規定】

24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
当日の現地でのキャンセルの場合	1提供当たりの料金の100%を請求します。

ただし、利用者の病変、急な入院などのやむを得ない事情によるキャンセルについては、事業者はキャンセル料を請求できません。

④利用料等の計算期間と支払い

利用者は、利用月ごとの上記利用料金等の所定の利用料等を、事業者が利用月の翌月5日までに利用者へ届ける請求書（利用明細付属）により、下記の方法により翌月15日までに支払うものとします。なお、事業所は利用者から現金での支払いを受けたときは、利用者あての領収書を発行します。

【利用料金等の支払い方法】

- | | |
|--|---|
| <p>ア 事業者指定口座への振込みの場合
郵便局の専用振込用紙を同封致しますので、
お振込み下さい。（振込み手数料は不要です。）</p> | <p>イ 現金支払いの場合
現金による支払い
（領収書を発行いたします。）</p> |
|--|---|

⑤利用料金の目安

あなたの1ヶ月のサービス利用に係る自己負担額	身体介護	円	生活援助	円
------------------------	------	---	------	---

以上の契約を証するため本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名 _____ ㊞ 事業者 特定非営利活動法人 栄友社
 事業者名 栄友社 訪問介護センター
 住 所 〒590-0116 堺市南区若松台2丁目1番4-107号
 代表者名 松岡 滋 ㊞

契約者 住所 _____

法定代理人・保護者として上記の利用者の契約を締結することを同意します。

同意者 住所 _____ 氏名 _____ ㊞

この契約に定める訪問介護サービスを担当する事業所に関する記載（指定事業者番号 2770107502／大阪府指定）

苦情解決について

○提供した指定居宅介護に関する利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。

苦情解決の措置概要	窓 口	特定非営利活動法人 栄友社	第三者評価の実施状況していない
	担当者	金谷 由美子	電話 072-291-0294

○サービス提供に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 契約書表紙に記載	所在地 契約書表紙に記載 受付時間 午前10時～午後5時（日・祝休業）
【市町村の窓口】 契約書表紙に記載	所在地 契約書表紙に記載 受付時間 午前9時～午後5時（土・日休業）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保健団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3-8 電話番号 06-6949-5418 FAX 06-6949-5418 受付時間 午前9時～午後5時（土・日休業）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保障の概要	人格権侵害・受託財物損害賠償・初期対応費用など

確 認 書

重要事項説明書について、当事業者は、利用者に対する介護予防訪問介護サービスの提供開始にあたり利用者、利用者の家族に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。確認を証するため本書を作成し利用者、事業者がサイン又は押印の上、事業者が保有するものとします。当事業者は、利用者に対する居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、利用者、利用者の家族に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者 特定非営利活動法人 栄友社

事業者名 栄友社 訪問介護センター

住 所 〒590-0116 大阪府堺市南区若松台2丁1番4-107号

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて 特定非営利活動法人 栄友社 から上記事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族等

住 所 _____

氏 名 _____ 印