

阿智村社協指定訪問介護事業所

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

ご契約者に対するサービス提供開始にあたり、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

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 阿智村社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県下伊那郡阿智村駒場483番地 |
| (3) 代表者氏名 | 会長 小野 恭志 |
| (4) 電話番号 | 0265-45-1234 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| (1) 事業所の名称 | 阿智村社協指定訪問介護事業所 |
| (2) サービスの種類 | 訪問型サービス（独自） 介護予防・日常生活支援総合事業サービス |
| (3) 事業所の所在地 | 長野県下伊那郡阿智村駒場483番地 |
| (4) 電話番号 | 0265-45-2113 |
| (5) 指定年月日・事業所番号 | 平成30年4月1日 指定 第2072500180号 |
| (6) 事業所管理者氏名 | 原 ゆかり |
| (7) サービス提供責任者 | 原 ゆかり・園原 保美 |
| (8) 事業の実施地域 | 阿智村 |
| (9) 第三者評価の実施状況 | 実施無し |

3. 事業の目的と運営方針

- (1) 事業所の目的
- 要支援状態にある契約者が、その有する能力に応じ、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、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出来るよう、介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供することを目的とします。
- (2) 当事業所の運営方針
- 事業所は、契約者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他の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所、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、契約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

介護予防・日常生活支援総合事業サービスは、訪問介護員等がご契約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、日常生活上の支援を行います。

5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日(ただし、12月29日～1月3日を除く)
営業時間	午前8時～午後6時

6. 事業所の職員体制

- (1) 管理者 1名
- (2) サービス提供責任者 2名(訪問介護員を兼務)
- (3) 訪問介護員等
介護福祉士又は介護職員初任者研修等修了者 常勤1名以上・非常勤2名以上
- (4) 事務職員 1名以上(訪問介護員と兼務)

7. サービス提供責任者

サービス提供責任者は契約者からのサービス利用申込みに関する調整や個別サービス計画の作成などの業務を担当します。利用にあたって、ご不明な点や要望などがありましたら、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。(担当の訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。)

8. 利用料

サービスを利用した場合のご負担をいただく金額の一覧は、以下の料金表によります。また、お支払いいただく「契約者負担額」は原則として、基本利用料のうちの一部割合(負担割合証に記載された割合)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、超えた額の全額を負担いただきます。

(1) サービスの利用料基本部分(月額)

令和8年4月1日現在

サービス名称	サービス内容	基本 利用料	自己負担額		
			1割	2割	3割
訪問介護サービス Ⅰ	週1回程度の訪問 介護サービス	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
訪問介護サービス Ⅱ	週2回程度の訪問 介護サービス	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
訪問介護サービス Ⅲ	週3回程度の訪問 介護サービス	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円

月ごと計算するため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- ① 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ② 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
月途中で訪問介護サービス区分が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- ③ 給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて契約者の負担額を変更します。

(2) 加算

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	自己負担額		
			1割	2割	3割
初回加算	新規の契約者へサービスを提供した場合	2,000円	200円	400円	600円
介護職員等 処遇改善加算 (I)	当該加算の算定要件を満たす場合	1か月の（基本サービス費＋各種加減算費）に245/1000が加算されます。			

(3) 交通費

通常の事業実施地域以外へ、当事業所のサービスを利用された場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。尚、自動車を使用した場合は、1km当たり37円（消費税別途）で、積算した額を交通費としていただきます。

(4) 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、ご契約者の体調や容態の急変など、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	300円/日

(注) 利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)、(4)の料金・費用は、月ごとに計算し、請求しますので、翌月15日に口座引き落とし、又は現金によりお支払い下さい。

9. 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ② 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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に契約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。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに契約者の家族、担当の地域包括支援センター及び阿智村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情相談は、当事業所の下記窓口でお受けします。

○苦情相談窓口（担当者）

〔氏名〕 原 ゆかり

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

ただし、国民の祝日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除く

阿智村社協指定訪問介護事業所（電話0265-45-2113）

(2) サービス提供に関する苦情相談は、以下の機関にも申し立てることができます。

○阿智村役場（電話0265-43-2220）

○長野県国民健康保険団体連合会（電話026-238-1555）

13. 虐待防止・ハラスメントに関する苦情の受付

虐待やハラスメントに関する苦情相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔氏名〕 今村 雅

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

ただし、国民の祝日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除く

○阿智村社協指定訪問介護事業所（電話0265-45-2113）

このほか、以下の窓口でも受け付けます。

○阿智村役場（電話0265-43-2220）

1 4. サービス利用にあたっての留意事項

(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。ただし、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してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① ご契約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する場合には、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できます。ただし、ご契約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は契約者及びその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十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

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、あらかじめご了承ください。

① 定められた業務以外の禁止

② 医療行為及び医療補助行為

③ 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

④ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(4) 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。

(5) 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。

(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。

令和 年 月 日

事業者は、契約者へのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者 所在地 長野県下伊那郡阿智村駒場 483 番地
事業者 社会福祉法人 阿智村社会福祉協議会
代表者職・氏名 会長 小野 恭志 印
説明者氏名 印

令和 年 月 日

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。

契約者 住所

自署記入の場合は印不要

氏名 _____ 印

代理人（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

自署記入の場合は印不要

氏名 _____ 印

立会人 住所

自署記入の場合は印不要

氏名 _____ 印