

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

令和6年4月1日現在

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人六郷仙南福祉会
主たる事務所の所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山187
代表者（職名・氏名）	理事長 照井富士男
設立年月日	平成4年6月16日
電話番号	0187-84-3636

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ロートピア緑泉訪問介護事業所	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山187	
電話番号	0187-84-3636	
指定年月日・事業所番号	平成27年4月1日指定	0572605863
管理者の氏名	西鳥羽奈穂子	
通常の事業の実施地域	美郷町	

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	日曜日から土曜日まで年中無休
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、利用者またはその家族から希望があり、それに対応可能な場合はこの限りではありません。

#### 6. 事業所の職員体制

※ ( ) は兼務

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	介護福祉士	(1)		(1)	業務の統括
サービス提供責任者	介護福祉士	(2)	(1)	(3)	サービス計画作成・訪問
訪問介護員	介護福祉士 ヘルパー2級	1 (1)	2 (1)	3 (2)	身体介護 家事援助

#### 7. 訪問事業の責任者

訪問事業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	西鳥羽奈穂子 坂本美之
--------------	----------------

#### 8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。

##### (1) 基本部分

サービス区分	内容	単価 (1割負担分)
1週あたりの標準的な回数を定める場合 (1月につき)	1週に1回程度の場合 (事業対象者 要支援1・2)	1,176円
	1週に2回程度の場合 (事業対象者 要支援1・2)	2,349円

	1週に2回を超える場合 (事業対象者 要支援2)	3,727円
1月あたりの回数を定める場合 (1回につき)	標準的な内容の訪問型サービスである場合	287円
	生活援助が中心である場合 (一) 所要時間20分以上45分未満の場合	179円
	生活援助が中心である場合 (二) 所要時間45以上の場合	220円
	短時間の身体介護が中心である場合	163円

※通常の事業実施地域(美郷町)以外でサービス提供した場合には、上記金額に単価の5%が加算される場合もあります。

※上記の基本利用料は、大曲仙北広域市町村圏組合管理者が定める金額であり、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定されます。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。

## (2) 加算部分

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。

加算名称	単 価	内 容
初回加算	200円	新規に個別サービス計画を作成した利用者にサービス提供責任者が訪問した場合。
生活機能向上連携加算 (I)	100円	計画策定後から3ヶ月の間。介護予防訪問リハビリテーション事業所と連携し、個別サービス計画に沿ったサービスを提供した場合。
介護職員処遇改善加算 (I)	一円	総単位の13.7% 訪問介護員の待遇を改善するために加算されるものです。
介護職員等特定処遇 改善加算(I)	一円	総単位数の6.3% 訪問介護員等の待遇を改善するために加算されるものです。
介護職員等 ベースアップ等 支援加算	一円	総単位数の2.4% 介護職員等の待遇を改善するために加算されるものです。

## (3) 利用者負担金

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た基本利用料の1割、2割又は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。また、提供を受け

る介護予防訪問介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額お支払いいただきます。

- (4) 利用者の都合によりサービスを中止しても、キャンセル料は一切かかりません。但し、事前に中止することがわかっている場合、利用日前日までご連絡ください。

## 9. 利用料金の支払方法

上記利用料金は、毎月10日頃に月単位で請求しますので、次のいずれかの方法により、毎月お支払いいただきますようお願いいたします。

### ①自動口座引き落とし

(指定金融機関の口座から毎月25日に引き落とします。金融機関が休業日の場合は翌営業日となります。)

### ②銀行振込み

(手数料は利用者負担となります。毎月末日までお支払ください。)

## 10. サービス内容に関する苦情処理体制

### ①指定場所における「意見箱」の設置

### ②苦情申出窓口

担当者	職名	氏名	連絡先
苦情解決責任者	管理者 サービス提供責任者	西鳥羽奈穂子	0187(84)3636
苦情受付担当者	サービス提供責任者	坂本美之	0187(84)3636

### ③苦情解決委員会

- 当法人では苦情解決第三者委員を選任し、「苦情解決委員会」において適切に苦情解決に努めております。

#### ・苦情解決第三者委員

法人監事 小貫三枝子(美郷町) TEL 0187(83)2584

法人監事 吉方昭子(美郷町) TEL 0187(83)2494

※苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、苦情解決第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

### ④行政機関その他苦情受付機関

- 大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事務所

所在地 大仙市高梨字田茂木10(大仙市役所仙北庁舎内)

TEL 0187(86)3910

- 美郷町役場福祉保健課

所在地 美郷町土崎字上野乙170-10

TEL 0187(84)4907

- ・秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王四丁目2-3 (秋田県市町村会館4F)

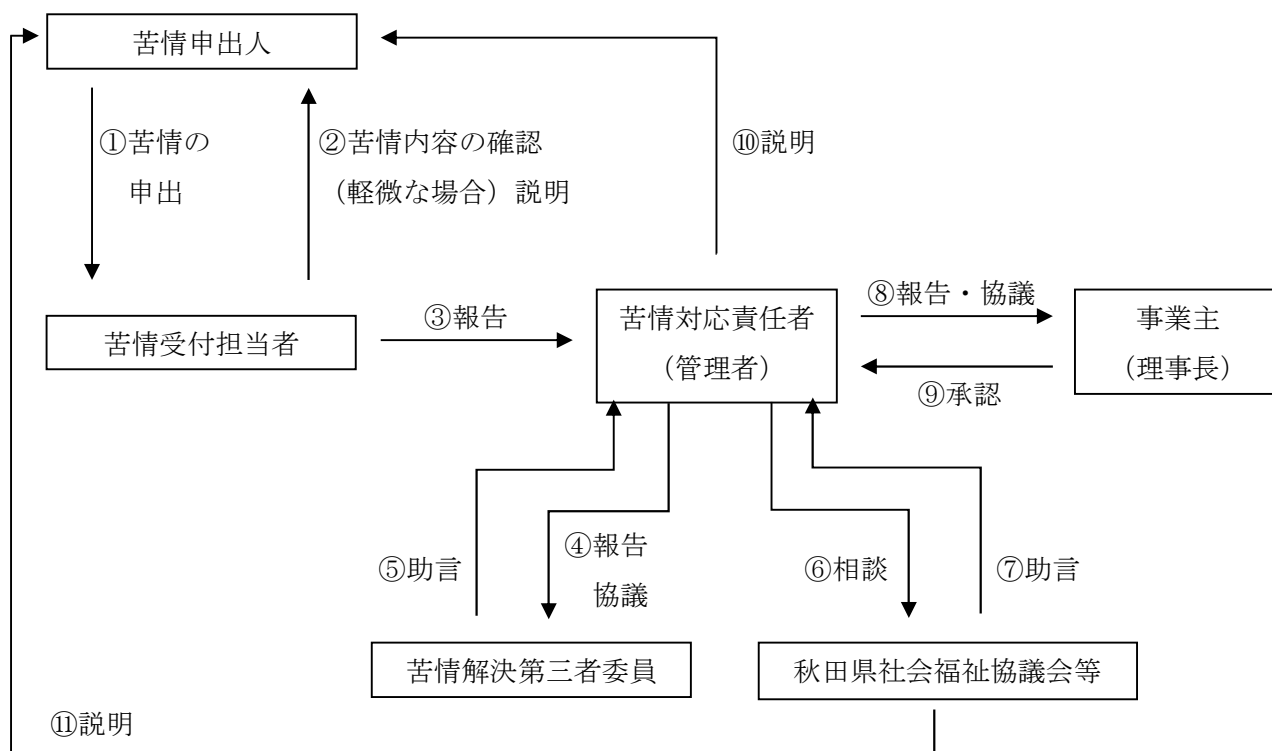
TEL 018(883)1550

- ・秋田県社会福祉協議会(運営適正化委員会)

所在地 秋田市旭北栄町1-5

TEL 018(864)2726

### ⑤ 苦情処理の概要手順



※苦情が軽微な場合には、苦情解決第三者委員、事業主(理事長)への報告・協議並びに苦情対応責任者から苦情申出人への説明は省略できます。

#### 1.1. 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、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、発生した事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

#### 1.2. 身体拘束廃止への取り組み

事業者は、利用者の身体拘束の廃止に努めます。ただし、緊急やむを得ず身体拘束をする場合は、「身体拘束廃止に関する指針」によるものとします。

#### 1.3. 虐待防止への取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

1 4. 第三者評価の実施の有無

なし

ロートピア緑泉訪問介護事業所 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）のサービス提供開始に際し、下記利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

ロートピア緑泉訪問介護事業所

説明者職名 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、ロートピア緑泉訪問介護事業所 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サービス）のサービス利用開始にあたり、上記説明者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、当サービスの提供を受けることについて同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(身元引受人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_