

# 介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス重要事項説明書

あなた様が、「飯田市社協ヘルパーステーション」の利用を開始するにあたり、説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者概要

法人名	社会福祉法人 飯田市社会福祉協議会
法人所在地	飯田市東栄町3108番地1
電話番号	0265(53)3040
代表者氏名	会長 原 重一
設立年月日	昭和38年7月15日

【基本理念】 ・わたくしたちは、地域と命の尊さを守るため「新たな福祉の創造による改革」を行い地域社会に貢献します。

【事業内容】	開設年月日	指定番号
指定訪問介護サービス	平成11年10月29日	2070500240
指定介護予防訪問介護サービス	平成18年4月1日	2070500240
飯田市総合事業訪問型サービス	平成28年4月1日	2070500240

## 2. 事業所の概要

事業所名	飯田市社協ヘルパーステーション
所在地	〒395-0024 飯田市東栄町3171番地1
電話番号	0265(53)2035
サービスの種類	第1号訪問事業【訪問型サービス(独自)Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・サービスA】

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	飯田市介護予防・日常生活支援総合事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、訪問介護員等が介護予防ケアマネジメント対象者に対し適正な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、置かれている環境等を的確に把握し、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支援します。サービスの提供については関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4. 職員体制 当事業所では、サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

従業者の職種	常勤
管理者	1名
サービス提供責任者	1名以上(利用者40名に対して1名以上)
訪問介護員	2.5名以上(常勤換算方法)

## 5. 営業日・営業時間

営業日	365日
営業時間	24時間

## 6. 営業区域

飯田市内(南信濃・上村除く)
----------------

## 7. 提供するサービスの内容

サービス種類	家事援助	身体介護
訪問型サービス(独自)Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	掃除や整理整頓、生活必需品の買い物、食事の準備や調理、衣類の洗濯や補修、薬の受け取り など	入浴の介助(見守り)など
訪問型サービスA		※緊急に必要な場合のみ

## 8. 利用料金(飯田市が定めた額)

【飯田市総合事業訪問型サービス】(負担額は負担割合証に応じた額となります)

サービス名称	サービスの内容	基本利用料
訪問型サービス(独自)Ⅰ	週1回程度(事業対象者・要支援1・2)	11,760円/月
訪問型サービス(独自)Ⅱ	週2回程度(事業対象者・要支援1・2)	23,490円/月
訪問型サービス(独自)Ⅲ	週2回を超える程度(事業対象者・要支援2)	37,270円/月

### 加算額

初回加算	200単位
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用総単位数に加算率24.5%を乗じた単位数

### 【定額のサービス】

サービス名称	サービス内容・提供回数	基本利用料(1回あたり)	利用者自己負担額
訪問型サービスA	週1回まで(事業対象者・要支援1・2)	2,200円	280円/月

☆サービスの実施頻度は、介護予防ケアマネジメントにおいて、支給区分が位置付けられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、飯田市総合事業訪問型サービス計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

☆ご利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は介護予防ケアマネジメントがある場合には、それを踏まえた飯田市総合事業訪問型サービス計画に定められます。ただし、ご利用者の状態の変化、介護予防ケアマネジメントに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆飯田市総合事業訪問型サービスにおいて、ご利用者の体調不良や状態の改善等によりサービス計画に定めた期日より多かつた場合であっても、日割りでの割り増し又は増額はしません。

☆飯田市総合事業訪問型サービスにおいて、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) 月途中で介護保険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

☆月途中で要支援度が変わった場合には、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。

☆利用取消に伴う費用弁償

- ①利用当日ヘルパー訪問時に留守又は取消になった場合 1,000円(月末請求、翌月現金支払い)
- ②次の事由による利用取消は費用弁償を求めません。
  - ア ご利用者の病気等体調不良による取消
  - イ 葬儀等社会通念上緊急やむを得ない取消

## 9. 利用料金のお支払い方法

利用料金は、介護予防訪問介護相当サービス及び訪問型サービスAは1ヶ月ごとに計算し、ご利用明細書を作成し請求いたします。

以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- |  |
|--|
| ア、金融機関等口座から自動引き落とし<br>郵便局 信用金庫 八十二銀行 農協    |
| イ、下記指定口座への振り込み<br>飯田市社会福祉協議会 社会福祉事業 飯田信用金庫 |
| ウ、現金払い                                     |

## 10. サービス提供責任者

サービス提供責任者はご利用者からのサービス利用申込みに関する調整や飯田市総合事業訪問型サービス計画の作成などをはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったりサービス内容を変更したいときには、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くださってもかまいません。)

〈サービス提供責任者の業務〉

- ①訪問介護サービスの利用の申込みに関する調整
- ②利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③地域包括支援センター等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥訪問介護員の業務管理
- ⑦訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧その他サービスの内容の管理について必要な業務

## 11. 苦情相談申立窓口

相談申立窓口	受付時間	電話番号	面接場所
飯田市社協ヘルパーステーション	月曜日から金曜日 祝日・年末年始除く午前8時30分 から午後5時30分まで	0265-53-2035 FAX 0265-53-7576	飯田市東栄町 3171-1
飯田市社会福祉協議会 苦情対策・改善委員会	月曜日から金曜日 祝日・年末年始除く午前8時30分 から午後5時30分まで	0265-53-3040	飯田市東栄町 3108-1
飯田市役所長寿支援課 介護認定支援係 長寿支援係 地域包括ケア係	月曜日から金曜日 祝日・年末年始除く午前8時30分 から午後5時15分まで	0265-22-4511	飯田市役所 長寿支援課
県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	月曜日から金曜日 祝日・年末年始除く午前8時30分 から午後5時15分まで	026-238-1555	長野県国民健康保険 団体連合会

相談申立窓口	電話番号
飯田市社会福祉協議会 第三者委員	
伊藤 実	080-5144-7582
森山 祐子	080-5144-7583
篠田 光子	080-5144-7584

〈苦情解決担当責任者〉  
所長 仲井 良光

※第三者評価機関による評価は、実施して  
いません。

## 12. 事故と損害賠償

1. 事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市町村・ご利用者のご家族・主治医に連絡して必要な措置を講じます。
2. 火災、地震、風水害の場合は、既定の「消防計画」に従い対策をとります。
3. 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によってご利用者に損害を与えた場合には、速やかにご利用者の損害を賠償します。  
ただし、ご利用者又はご利用者のご家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

## 13. 事業所の具体的義務

### (1) 身体拘束等の適性化

事業者は身体拘束等の適性化のための指針を整備し、従事者に対し研修を定期的実施するとともに対策を検討する委員会を開催します。やむを得ず身体拘束を行う場合には、理由・時間・内容等を記録し、職員に周知徹底を図ります。

### (2) 虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための指針を整備し、虐待防止委員会を開催するとともに研修を実施します。

【虐待防止責任者：管理者（所長）仲井 良光】

### (3) 守秘義務

事業者及び従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者・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。契約終了後も同様です。又、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族に関する個人情報を用いません。

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

飯田市社協ヘルパーステーション

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族又は関係者（続き柄等）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

（続き柄等）