

介護予防・日常生活支援総合事業
(介護予防訪問介護相当サービス) 重要事項説明書

株式会社 ヘルシーエイジング
ケアステーション オレンジ

介護予防・日常生活支援総合事業
(介護予防訪問介護相当サービス) 重要事項説明書

1.事業者（法人）の概要

事業主の名称	株式会社ヘルシーエイジング	
代表者	代表取締役 荻田千代子	
事業所の名称	ケアステーションオレンジ	
事業所の種類	訪問介護	
事業所の所在地	〒769-1508 香川県三豊市豊中町下高野 1092	
電話・FAX番号	電話番号 0875-62-1870 FAX番号 0875-62-1871	
指定年月日・事業所番号	令和3年12月1日指定	事業所番号 3770800773
管理者氏名	荻田 浩	
通常事業の実施地域	三豊市	

2.事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援者及び事業対象者が、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。

3.サービスの内容

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等を訪問し、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

4.営業日時

営 業 日	月曜日～日曜日とする。
営 業 時 間	午前 8 時 00 分から午後 7 時 00 分までとする。
サ ー ビ ス 提 供 時 間	サービス提供は毎日、午前 0 時～午後 23 時 59 分までとする。 利用者の希望に応じ 24 時間対応可能な体制をとる。

5.事業所の職員体制

介 護 福 祉 士	常勤 4 名	非常勤 2 名
准 看 護 師	常勤 2 名	非常勤 1 名
看 護 師	常勤 1 名	非常勤 0 名
初任者研修／ヘルパー 2 級	常勤 3 名	非常勤 1 名

6.サービス提供責任者

あなたへのサービス提供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	露原 崇司
-------------------	-------

7.利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割又は 3 割）の額です。ただし、介護保険給付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。

(1) 介護予防訪問介護相当サービス利用料

サービスの内容	基本利用単位数
週 1 回程度の利用	1,176 単位/月
週 2 回程度の利用	2,349 単位/月
週 2 回を超える程度の利用	3,727 単位/月
標準的な内容の利用	287 単位/回
生活援助中心(20 分以上 45 分未満)の利用	179 単位/回
生活援助中心(45 分以上)の利用	220 単位/回
短時間の身体介護中心の利用	163 単位/回

※注：毎月の利用単位数の合計に各種加算・減算を加えたものを総利用単位数とし、これに地域区分単位数単価 10 を乗じた額を利用料とし、その 1 割から 3 割を利用者負担額とする。

1.初回時の訪問介護サービスにつきましては 200 単位

2.介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)として、利用料金に該当する加算を加えた金額に 18.2%を重じた金額が加算されます。

3.訪問介護同一建物減算 (1) として、同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合、所定単位数の 10%減算となります。

※令和 6 年 11 月より、同一建物に居住する利用者の人数及び割合に基づき、所定単位数の 12%減算となります。

(2) 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、あなたの体調や容体の急変など、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。

キャンセル時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用料金の 50%の額
利用予定日の当日	利用料金の 100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(3) 支払方法

利用金・費用は、当月末締で 1 か月ごとに計算し翌月の 10 日には発送いたします。

上記の利用料は、1 か月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 17 日（祝休日の場合は次の平日）にあなたが指定する下記の口座より引き落とします。 なお、引落手数料 110 円については、利用者負担とさせていただきます。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の月末までに、現金でお支払いください。

8.緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者に体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との 続柄) 電話番号	

9.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、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10.虐待防止に関する対策

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	サービス提供責任者・露原崇司
-------------	----------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11. 苦情・相談窓口

担当：露原 崇司	ご利用時間	平日：午前9時00分から午後6時00分
	ご利用方法	電話：0875-62-1870 場所：ケアステーションオレンジ事務所内

◎当事業所以外でも、ご相談や苦情については下記の窓口があります。

香川県健康福祉部長寿社会対策課	電話：087-832-3269
香川県国民健康保険団体連合会	電話：087-822-7453

三豊市健康福祉部介護保険課	電話：0875-73-3017
観音寺市高齢介護課介護保険係	電話：0875-23-3968

12.衛生管理等

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

13.業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14.サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 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、あらかじめご了解ください。
 - ①医療行為及び医療補助行為
 - ②各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借等、金銭に関する取扱い
 - ③他の家族の方に対する食事の準備など
- (2) 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。
- (3) 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、出来る限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

【説明確認欄】 介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防訪問介護相当サービス）の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項について文書を交付し、説明しました。

事業者 所在地 〒769-1508 香川県三豊市豊中町下高野 1091
名称 株式会社 ヘルシーエイジング
代表者 代表取締役 荻田千代子 印

事業所 所在地 〒769-1508 香川県三豊市豊中町下高野 1092
事業所名 ケアステーションオレンジ
管理者 荻田 浩

令和 年 月 日

説明者 _____ 印

【利用者確認欄】 私は重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 _____ 印

代筆者 _____ 印

続 柄 _____