【福島市・二本松市・川俣町】

介護予防・日常生活支援総合事業第１号訪問事業重要事項説明書

（令和６年６月１日現在）

１．事業者

名　　称	特定非営利活動法人やすらぎの郷いいの
所　在　地	福島県福島市飯野町字前川１６番地
電 話 番 号	０２４－５６３－４８０４
代表者氏名	理事長　伊　藤　敏　寛

２　事業所の概要

事 業 所 の 種 類	介護予防訪問介護事業所
事 業 所 の 名 称	やすらぎの郷ヘルパーステーション
事業所の所在地	福島県福島市飯野町字前川１６番地
電　話　番　号	０２４－５６３－４８０４
営　　業　　日	月曜日～金曜日（国民の祝日及び 12 月 30 日～１月３日を除く）
営　業　時　間	８：３０～１７：３０
サービス提供時間	３６５日　６：００～２０：００
事 業 所 番 号	０７７０１０４３４７

３　事業実施地域

福島市（松川地区、立子山地区、飯野地区）二本松市（旧東和町、旧安達町）川俣町

４　職員体制

職　　種	常勤	非常勤	合計
管　　理　　者	1名	名	1名
サービス提供責任者 （訪問介護員兼務）	3名	名	3名
訪　問　介　護　員	名	5名	5名
計	3名	5名	8名

５　サービス内容

第１号訪問介護事業は訪問介護員が利用者のご自宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の日常生活上のサービスを行います

（例）買物・調理・洗濯・掃除・外出介助・入浴介助・排泄介助・食事介助等

※医療行為はいたしません。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。（預貯金通帳・カードはお預かりできません。）

※利用者以外の方の調理や洗濯、居室等の掃除は原則として行いません。

※庭等の敷地の掃除は行いません。

６　利用料　　基本料金別紙１のとおり

７　サービスの利用について

（１）お客様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の１週間前までにお申し出ください。

（２）事業所の閉鎖等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

（３）利用料の支払方法

料金が発生する場合、月末に清算し翌月１０日までに請求させていただきます。原則として事業者が指定する金融機関のうち、お客様が定める預金口座から自動引落しをさせていただきますので、ご契約の際にお手続きをお願いいたします。

（４）その他

①　事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様及びご家族等に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業所が破産、閉鎖等した場合、お客様は通知することによって直ちにサービスを終了することができます。

②　お客様が、サービス利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したしたにもかかわらず３０日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により３ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合は、文書で通知することにより、直ちに契約を終了させていただく場合がございます。

③　サービス利用にあたっての留意事項

サービスの中止・変更等は、サービス利用前日までにご連絡ください。

体調不良等によりサービス利用を中止する場合は、この限りではありません。

④　緊急時の対応方法

サービスの提供中に事故、容体の変化等があった場合は、主治医、家族又は緊急連絡先等へ連絡をいたします。

⑤　損害賠償について

サービスの提供にあたり、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合は、速やかに利用者の損害を賠償いたします。

⑥　秘密保持について

サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を理由ななく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

８　利用の中止について

利用予定日に、利用者の体調不良等で中止がやむを得ない場合は、早目にご連絡下さい。

【利用を中止した場合】

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合取消料として下記の金額をお支払いいただく場合があります。

ただし、当日の申し出であっても利用者の体調不良等やむを得ない場合は、取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無　　料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用者負担相当額

９　サービス内容に関する相談・苦情等

（１）事業所における相談、苦情等の担当窓口

	事　業　所　名	職　名	氏　　名
苦情受付担当者	やすらぎの郷ヘルパーステーション	サービス提供責任者	齋藤　典子
苦情解決責任者	やすらぎの郷ヘルパーステーション	管　　理　　者	菅野三三子
受付時間	月曜日～金曜日　午前８時３０分～午後５時３０分		
電　　話	０２４－５６３－４８０４		

（２）行政機関その他苦情受付機関

福島市健康福祉部長寿福祉課	０２４－５２５－７６５６	福島市五老内町３番１号
福島県社会福祉協議会 （運営適正化委員会）	０２４－５２３－２９４３（直通）	福島市渡利字七社宮１１１

１０　個人情報の利用目的

当事業所においては、個人情報を業務上必要な範囲において使用します。下記の目的以外には使用いたしません。

①　お客様に提供する介護サービス
②　介護保険サービスに係る請求のための事務
③　当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
④　他の医療機関・介護機関との連携
⑤　家族等への状況説明
⑥　行政機関等、法令に基づく照会・確認
⑦　賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
⑧　その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）

※　上記④の関連として、関係機関とのケア会議等において、お客様だけでなく、お客様のご家族の個人情報を使用する場合があります。

※　お客様および、お客様のご家族よりお預りした個人情報は、上記の使用目的以外には使用せず、また関係者が知り得た情報を他に漏らすことはございません。

11　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者兼サービス提供責任者　　菅野三三子

② 虐待防止の対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催しその結果について従事者に周知徹底を図ります。

③ 虐待の防止のための指針を整備しています。

④ 従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。

12　第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1　　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1　あり　　2　なし
	2　　なし		

介護予防・日常生活支援総合事業（サービス（訪問型サービス）の開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明交付しました。

＜事業者＞

所 在 地　福島市飯野町字前川１６番地

事業所名　やすらぎの郷ヘルパーステーション

（指定番号：０７７０１０４３４７）

説 明 者　　印

令和　　年　　月　　日

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）について重要事項説明を受け同意しました。

＜利用者＞

住　所

氏　名　　印

＜利用者代理人＞

住　所

氏　名　　印

続　柄

別紙１　第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当）の利用料金

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型独自サービスⅠ （1月につき）	事業該当者・要支援１．２ （週１回程度）	１１，７６０円／月	１，１７６円	２，３５２円
訪問型独自サービスⅡ （1月につき）	事業該当者・要支援１．２ （週２回程度）	２３，４９０円／月	２，３４９円	４，６９８円
訪問型独自サービスⅢ （1月につき）	事業該当者・要支援１．２ （週２回を超える程度）	３７，２７０円／月	３，７２７円	７，４５４円

【契約期間が１カ月に満たない場合】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型独自サービスⅠ （1回につき）	事業該当者・要支援１．２ （週１回程度）	３９０円／日	３９円	７８円
訪問型独自サービスⅡ （1回につき）	事業該当者・要支援１．２ （週２回程度）	７７０円／日	７７円	１５４円
訪問型独自サービスⅢ （1回につき）	事業該当者・要支援１．２ （週２回を超える程度）	１，２３０円／日	１２３円	２４６円

上記の基本利用料は、福島市長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。

【加算】

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。

初回加算	利用料 ２，０００円 【利用者負担額】 １割負担の方 【２００円】 ２割負担の方 【４００円】	・新規に訪問介護計画書を作成した利用者様に対して初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者自身が訪問介護を行う場合、または他職員が、訪問介護を行う際に同行訪問した場合。 ・２ヶ月にわたり当事業所より、訪問介護を受けていない場合。この場合の２ヶ月は暦歴（月の初日から月の末日まで）。 例　４月２０日にサービスを行う場合。 同年の2月１日以降に当事業所が訪問介護を行っていない場合、加算させていただきます。

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の22.4%を加算	【利用者負担額】 １割負担の方【左記の１割】 ２割負担の方【左記の２割】	【算定回数等】 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）

他にかかる場合がある料金

緊急時訪問介護加算	利用料　１，０００円 【利用者負担額】 １割負担の方【１００円】 ２割負担の方【２００円】	・利用者様やそのご家族様からの要請を受けて、担当ケアマネージャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者または他の職員が、居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合。
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	利用料　１，０００円 【利用者負担額】 １割負担の方【１００円】 ２割負担の方【２００円】	・サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成し、計画に基づく訪問介護を行った場合。
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	利用料　２，０００円 【利用者負担額】 １割負担の方【２００円】 ２割負担の方【４００円】	・指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能向上を目的として訪問介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、計画に基づく訪問介護を行った場合。

※上記の基本利用料に個人負担割合（１割～３割）を乗じた金額が利用者負担額となります。