

介護予防・生活支援総合事業 重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、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

事業者（法人）の名称	株式会社フォーリーフ
主たる事務所の所在地	〒488-0872 愛知県尾張旭市平子町長池上6254番地12
代表者（職名・氏名）	代表取締役 勝股加代美
設立年月日	平成23年6月15日
資本金	4,000,000円
電話番号／FAX	0561-52-0899

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ふたつ葉ヘルパーステーション	
サービスの種類	介護予防訪問サービス 生活支援訪問サービス	
事業所の所在地	〒489-0926 愛知県瀬戸市見付町59番地	
電話番号／FAX	0561-41-8981／0561-41-8826	
指定年月日・事業所番号	平成28年 7月 1日指定	2372302477 23A2300011
管理者の氏名	大久保 寿美恵	
通常の事業の実施地域	名古屋市(守山区・名東区)・尾張旭市・瀬戸市・長久手市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、介護予防訪問サービス及び生活支援訪問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、介護予防支援事業者、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維持、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

介護予防訪問サービスは、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。生活支援訪問サービスは、調理、洗濯や掃除等の家事など、生活支援に関するサービスです。

① 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 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助など
② 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	月曜日から日曜日まで ただし、12月29日～1月3日は除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし利用者の希望されるサービス提供時間についてはご相談ください。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
管理者	常勤 1人	
サービス提供責任者	常勤 2人	非常勤 2人
訪問介護員	常勤 4人	非常勤 8人

7. サービス提供の責任者

管理者及びサービス提供の責任者は以下のとおりです。

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。

管理者	大久保 寿美恵
サービス提供責任者の氏名	加藤 由加里 廣瀬 夏希 木村 かよ子 吉田 知子

加藤由加里

8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の利用料は以下のとおりであり、介護保険を利用する場合の自己負担額は、原則として利用料に対し介護保険負担割合証に記された割合を乗じた額となります。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) 介護予防訪問サービス

サービス名称	サービスの内容	単位数
介護予防訪問サービス費Ⅰ	1週間に1回程度の介護予防訪問サービスが必要とされた場合	1,176 (1月あたり)
介護予防訪問サービス費Ⅱ	1週間に2回程度の介護予防訪問サービスが必要とされた場合	2,349 (1月あたり)
介護予防訪問サービス費Ⅲ	1週間に2回を超える程度の介護予防訪問サービスが必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	3,727 (1月あたり)

※上記単位数に地域区分単価を乗じた金額が料金になります。

名古屋市 11.05円 瀬戸市 10.42円 尾張旭市 10.21円 長久手市 10.42円

(2) 生活支援訪問サービス

サービス名称	サービスの内容	単位数
生活支援訪問サービス費	1回につき60分以内の生活支援訪問サービスが必要とされた場合	235 (1回につき)

※上記単位数に地域区分単価を乗じた金額が料金になります。

名古屋市 11.05円 瀬戸市 10.42円 尾張旭市 10.42円 長久手市 10.42円

(3) 加算について

以下の要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	単位数
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	200
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護職員等の処遇を改善する為にキャリアパス、月額賃金改善、職場環境等の条件を満たした事業所に認められる加算です。	所定単位数に18・2%上乗せ

(注) 介護職員処遇改善加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※上記の利用料は、各保険者が定める額であり、これが改定された場合は、利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(4) 減算

同一建物減算

事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供した場合は、1回につき所定単位の100分の90に相当する単位数を算定します。

(5) 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、利用者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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日 18時まで	キャンセル料はかかりません
利用予定日の前日 18時以降	1,000円

(6) 支払い方法

上記(1)から(5)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ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。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。
口座振替	サービスを利用した月の翌月の27日(休業日の場合は直前の営業日)に指定の口座から引き落としをさせていただきます。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用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、速やかに以下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	_____
	所在地	_____
	電話番号	_____
	担当医	_____
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	_____ ()
	電話番号	_____

10. 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、地域包括支援センター担当職員及び市町村等へ連絡を行うとともに、マニュアルに沿って必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の以下の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0561-41-8981 面接場所 当事業所の相談室 担当 管理者：大久保寿美恵 サービス提供責任者：加藤由加里 廣瀬夏希 受付時間 月～金 午前9時～午後18時 受付時間外は携帯電話への転送にて対応致します。
---------	---

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

苦情受付機関	瀬戸市高齢者福祉課介護認定給付係	0561-88-2620
	尾張旭市健康福祉部長寿課介護保険係	0561-53-2111
	名古屋市守山区福祉部介護保険係	052-796-4577
	名古屋市名東区福祉課介護保険係	052-778-3007
	長久手市福祉部長寿課介護保険係	0561-56-0613
	愛知県国民健康保険団体連合会	052-971-4165

平日午前9時～午後5時まで

12. サービス利用に関する留意事項

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、金銭の貸借など、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、できる限り早めに地域包括支援センター担当職員、又は当事業所の担当者へご連絡ください。

説明日 令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者名 株式会社フォーリーフ
代表者名 代表取締役 勝股 加代美 印

事業所名 ふたつ葉ヘルパーステーション
管理者 大久保 寿美恵 印

説明者氏名 _____ 印

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。

利用者 住所
(利用者) 氏名 印

署名代行者 住所
氏名 印
(本人との続柄)

私は利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり上記署名を行いました。
代行理由 身体的に困難なため その他 ()