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

利用者様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者様に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者の概要

事業者（法人）の名称	いなぎ苑　社会福祉法人　永明会
主たる事務所の所在地	〒206-0804　稲城市百村２５５番地
代表者	理事長　　永田穂積
設立年月	平成６年３月
電話番号	０４２－３７９－５５００

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	いなぎ苑	
サービスの種類	第１号訪問事業	
事業所の所在地	〒206-0804　稲城市百村２５５番地	
電話番号	０４２－３７９－５５００	
指定年月・事業所番号	平成１１年７月指定	１３７５１０００６０
管理者の氏名	施設長　高天　直樹	
通常の事業の実施地域	稲城市内全域	

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様が、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、第1号訪問事業（訪問型サービスＡ）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者様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、利用者様が要支援状態となることの予防、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に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号訪問事業は、訪問介護員等が利用者様のお宅を訪問し、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、日常生活上の援助を行うサービスです。

日常生活上の援助（身体及び生活援助）	・利用者様の身体に直接接触して行う介助 ・日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助及び援助 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 ・家事を行うことが困難な利用者様に対して、家事の援助 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	毎日
営業時間	午前８時３０分から午後５時３０分まで ただし、利用者様の希望に応じて、サービスの提供については、２４時間対応可能な体制を整えるものとします。

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(介護福祉士・実務者研修修了した者)	常勤　２　人　　非常勤　　２　人
訪問介護員（・介護福祉士・実務者研修終了した者・初任者研修を修了した者）	非常勤　　人
事務職員	常勤　１　人

７．サービス提供の責任者

利用者様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、お申し出ください。

サービス提供者の名前	磯部陽子（いそべようこ） 田崎健太郎（たざきけんたろう） 行弘悦子（ゆくひろえつこ） 荒木真理子（あらきまりこ）

８．利用料

利用者様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、利用者様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記載のとおりです。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。

（１）第１号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料（1回 あたり）	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)	利用者負担 (3 割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,210 円	221 円	442 円	663 円

訪問型サービスA	日常生活上の援助（身体及び生活助）	3,171円	317円	634円	951円

【加算】

上記の基本利用料は、稲城市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。

サービス利用の初回のみ、初回加算がかかります。

（２）サービス中止の場合

利用者様がサービスを中止する際には、下記の連絡先まで、サービス提供前日までにご連絡下さい。

連絡先　(電話)　０４２－３７９－５５００
連絡時間　　午前８：30～午後５：30

当日キャンセルの場合は 730 円（キャンセルにかかる実費）をいただきます。

（３）支払い方法

上記の利用料（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。サービスを提供した翌月の２５日頃請求書を送付し、翌々月４日に指定の口座からの引き落としとなります。

お支払い方法は、基本的には「口座自動引き落とし」になりますが、郵便振り込みを希望される場合は期日までにお振込みください。領収書は請求書と共に送付いたします。

９.認知症に係る取組について

事業所は、認知症に係る研修の受講状況、取組状況等を介護サービス情報公表制度において公表します。

１０．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者様の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、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	
	主治医名	

	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先1 （家族等）	氏名 （利用者との続柄） 電話番号	
緊急連絡先2 （家族等）	氏名 （利用者との続柄） 電話番号	

１１．　事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合は、利用者の御家族、担当の地域包括支援センター及び介護支援サービスセンター、稲城市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１２.非常災害及び感染症対策

事業者は、非常災害及び感染症その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密に行います。とるべき措置についてあらかじめ消防計画や BCP を作成し、消防計画及び感染症対策にもとづき従業員の研修、訓練を行います。また、非常災害及び感染症その他緊急の事態が発生しても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するよう努めます。

１３.利用者の人権擁護及び虐待防止について

事業所は、利用者様の人権の擁護、虐待防止等のために必要な体制を整備し、従業員に対して研修等を実施します。

１４.ハラスメント対策の強化

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用均等法等におけるハラスメント対策に講じます。

１５．カスタマーハラスメントへの対応

暴言、暴力、脅迫、威圧的な言動、執拗な要求、長時間の拘束、セクシュアルハラスメント、SNS 等での誹謗中傷その他職員の就業環境を害する行為があった場合は、事実確認のうえ是正をお願いし、改善が認められない場合は契約書に基づきサービス提供の中止又は契約を終了する場合があります。

１６.第三者評価の実施について

事業所は、第三者評価を実施した場合、利用者様又は家族に対し、実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を伝えます。

１７．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口で受け付けいたします。

事業所相談窓口	いなぎ苑　電話番号　０４２－３７９－５５００ 担当　サービス提供責任者

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

苦情受付機関	稲城市高齢福祉課介護保険係	電話番号 ０４２－３７８－２１１１
	東京都国民健康保険団体連	電話番号

	合会	０３－６２３８－０１７７

（３）サービス提供に関する苦情や相談は、稲城市内各地域包括支援センターでも受け付けいたします。

１８．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。

・医療行為及び医療補助行為

・高額な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

・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、早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

（４）事業者は自然災害及び交通災害、社会的理由でやむを得ずサービスを中止する場合があります。

（５）利用者様は正当な理由がある場合にはヘルパーの変更を申し出ることができます。それに対し可能な限り対応します。

（６）事業者は正当な理由がある場合にはヘルパーの変更を申し出る場合があります。

事業者は、利用者様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

＜事業者名＞　社会福祉法人　永明会

＜代表者名＞　理事長　　永田　穂積

事業所

＜事業所名＞　いなぎ苑

＜住所＞　　東京都稲城市百村 255 番地

＜代表者名＞　施設長　高天直樹　　印

説明者　＜サービス提供責任者＞　　印

令和　　年　　月　　日

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。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者様　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

保証人（又は法定代理人）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

利用者様との続柄（　　）