

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(東大阪市指定第 2775008986 号)

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 指定訪問型介護予防サービスの内容と利用料金等
4. 利用料金、その他の費用の請求および支払方法について
5. 事業者の記録作成・交付について
6. 虐待防止について
7. 秘密の保持と個人情報の保護について
8. 損害賠償について
9. 契約の終了について
10. 当事業所訪問型介護予防に関する相談・苦情について
11. 緊急時（事故発生時）の対応
12. 加算について
初回加算、介護職員特定処遇改善加算

スーパー・コート東大阪みと介護予防訪問介護事業所

最終ページにご署名・ご捺印をお願いいたします

指定訪問型介護予防サービス重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定訪問型介護予防サービスを提供します。事業所の内容や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

事業者名称	株式会社 スーパー・コート
代表者氏名	代表取締役 山本 晃嘉
法人所在地	大阪市西区西本町1丁目7番7号 TEL06-6543-2291 FAX06-6541-9004

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	スーパー・コート東大阪みと 訪問介護事業所
介護保険指定事業者番号	東大阪市指定第2775008986号
事業所所在地	大阪府東大阪市友井2丁目15番34号 ブランシェC101 TEL06-6736-4853 FAX06-6736-4157
事業実施地域	東大阪市

(2) 事業の目的および運営方針

・事業の目的

要支援状態となった利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、訪問型介護予防サービス計画に基づき、身体介助・生活援助、日常生活上の見守り援助を行うことにより、利用者の心身の機能の維持ならびに利用者の家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

・運営方針

利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、東大阪市や他の保健医療サービスおよび福祉サービス事業者、地域との連携に努め、懇切丁寧なサービスを提供する。また、常に介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

(3) 事業所の営業日と営業時間

- ・営業日 月曜日～日曜日
- ・営業時間 午前6時00分～午後10時00分

上記の営業日・営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。
また、利用者の希望によりサービス提供も行います。

(4) 事業所の職員体制

- ・事業所の管理者 1名（常勤兼務）
- ・サービス提供責任者 1名（常勤専従）
- ・訪問介護員 2.5名以上（常勤換算）

3. 指定訪問型介護予防サービスの内容と利用料金等

・指定訪問型介護予防サービスの内容

自立支援を目的として、身体介助や生活援助、見守り援助を行います。

サービスの提供区分	介護予防訪問介護費 (Ⅰ)	介護予防訪問介護費 (Ⅱ)	介護予防訪問介護費 (Ⅲ)
	週1回程度利用必要	週2回程度利用必要	週3回程度利用必要
基本単位	1, 176/月	2, 349/月	3, 727/月
月途中で利用を開始（終了）時単位	39/日	77/日	123/日

* 「週〇回程度利用必要」とは、週当たりのサービス提供頻度による区分を示すもので、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料は変動せず定額となります

*適切なサービス提供等により利用者の状態が改善する等、当初のサービス提供区分において想定されたよりも少ないサービス提供になること、または多くのサービス提供になることがあり得ます。その場合であっても月途中での支給区分の変更は行いません。なお翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による訪問型介護予防サービス計画を作成し、サービス提供を行います

*単位数×10.70円（5級地）となります。

*「介護職員特定処遇改善加算Ⅱ（17.9%）」が加算されます。

『（月間合計単位数×1.179×10.70）×10%=利用者負担額』となります。

*なお、令和3年4月から9月までの間、基本報酬に0.1%上乘せされます。

- ・利用料金

サービス利用料金については介護保険法報酬の公示上の金額とします。指定訪問型介護予防サービスにかかるサービス利用料金等については、当該サービスが介護保険給付の適用となる場合、利用者は所定の利用料金から介護保険給付額を差し引いた金額（利用者負担額）を支払うものとします。ただし、利用者がいまだ要支援認定を受けていない場合および指定訪問型介護予防サービス計画が作成されていない場合などで、法定代理受領ができない場合には、利用者は利用料金等の全額を事業者に対し、一旦支払うものとします。

4. 利用料金等の請求および支払方法について（契約書第7条）

- ・利用料金、その他の費用の請求

利用料金、その他の費用は1ヶ月ごとに計算し、請求します。

請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月20日までにお届けします。

- ・利用料金、その他の費用の支払い

利用料金、その他の費用の支払いは、請求月の末日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。

- ① 現金による支払い

当事業所窓口にてお支払いください。

- ② 事業者指定口座への振り込み

三菱東京UFJ銀行信濃橋支店 普通預金1142718

口座名義 株式会社スーパー・コート

※振込手数料は別途ご負担ください。

- ③ 郵便局自動払い込み利用による支払い

5. 事業者の記録作成・交付について（契約書第11条）

利用者は、事業者が作成した利用者の指定訪問型介護予防サービスの提供内容に関する記録を閲覧し、またその複写物の交付を請求することができます（その際には実費をご負担ください）。

6. 虐待防止について

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

- ① 研修等を通じて従業者の人権意識の向上や、知識や技術の向上に努めます。

- ② 個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。

- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

7. 秘密の保持と個人情報の保護について（契約書第12条）

- ・利用者およびその家族等に関する秘密の保持

事業者およびサービス従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびそ

の家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約が終了した後も継続します。

・個人情報の保護

事業者およびサービス従事者は、利用者から予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、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても予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、当該家族の個人情報を用いません。

事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際も第三者への漏洩を防止しなければならない。

8. 損害賠償について（契約書第14条）

事業者の責任により利用者に生じた損害については事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償義務を減免する場合があります。

9. 契約の終了について（契約書第2条・第15条～第17条）

本契約の有効期間は、契約締結の日から3ヶ月間ですが、契約期間満了の2日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以降も同様とします。

10. 当事業所指定訪問型介護予防サービスに関する相談・苦情について（契約書第21条）

事業者は、自ら提供した指定訪問型介護予防サービスに対する利用者の要望、苦情等に対して、迅速かつ適切に対応します。

・当事業所に対する相談・苦情は以下の窓口で受け付けます。

スーパー・コート東大阪みと 訪問介護事業所 管理者 塩川 由香	大阪府東大阪市友井2丁目15番34号 ブランシェ C101 TEL 06-6736-4853 FAX 06-6736-4157 営業日 月曜日～日曜日 時間 午前9時00分～午後6時00分
東大阪市福祉部地域包括ケア推進課 (指定・指導担当)	所在地 大阪府東大阪市荒本北1丁目1番1号 TEL 06-4309-3013 営業日 月曜日～金曜日(祝祭日・年末年始を除く) 時間 午前9時00分～午後5時30分

大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通りFNビル内 TEL 06-6949-5418 営業日 月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始を除く） 時間 午前9時00分～午後5時00分
----------------	--

（註）東大阪市福祉部地域包括ケア推進課につきましては、
 東大阪市に住所を有する方が対象となります。東大阪市以外に住所を有する方は住所地の市・区役所が窓口となります。

11. 緊急時（事故発生時）の対応について（契約書第24条）

- ① 事業者は、指定訪問型介護予防サービスの提供を行っている時に利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。
- ② 指定訪問型介護予防サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村や利用者の家族、利用者に係る訪問介護事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ③ 利用者に対する指定訪問型介護予防サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

12. 加算について

<初回加算> 200単位

<介護職員処遇改善加算Ⅰ>

所定単位数（加算を含む基本単位）×13.7%（1月につき）

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、創設される加算

<介護職員特定処遇改善加算Ⅱ>

所定単位数（加算を含む基本単位）×4.2%（1月につき）

経験・技能のある職員に重点的を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進める為の加算

<介護職員等ベースアップ等支援加算>

所定単位数（加算を含む基本単位）×2.4%（1月につき）

介護職員等の処遇改善を目的とした加算。

指定訪問型介護予防サービスの提供の開始に際し、利用者に対して重要事項説明書を
交付の上訪問型介護予防サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 年 月 日

事業者

住 所 大阪府大阪市西区西本町1丁目7番7号

事業者名 株式会社 スーパー・コート

代表者名 代表取締役 山本 晃嘉

事業所

所在地 大阪府東大阪市友井2丁目15番34号

ブランシェ C101

事業所名 スーパー・コート東大阪みと

訪問介護事業所

管理者名 塩川 由香

説明者名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から訪問型介護予防サービスのサービス内容及び重要
事項説明を受けその内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意・受領年月日： 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名(自署) _____ 印

自署が無理な場合の代筆者名 _____

家 族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

緊急連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡番号 _____ (_____)

裏面に割印の押印をお願いいたします

割印

割印