

介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業重要事項説明書

この説明書は、介護予防・日常生活支援総合事業の契約にあたって、利用者やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約の内容をご理解していただけるような内容となっております。

※当サービスの利用は、原則として「要支援」・「事業対象者」と認定された方が対象となります。

1. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 ウイング
本社所在地	千葉県市川市北方1-7-6
代表者名	代表取締役 池田 恵子
電話番号	TEL 047-302-1200 FAX 047-302-1700
主な事業	1) 介護保険法による指定居宅支援事業 2) 介護保険法による居宅サービス事業 訪問介護・福祉用具貸与・通所介護 第一号訪問事業訪問介護 介護予防福祉用具貸与 第一号通所事業通所介護 3) 介護用品の販売 4) 介護職員初任者研修・実務者研修
営業所	ウイング市川・ウイング鎌ヶ谷 ウイング市川デイサービス・ウイング湊町

2. 第一号訪問事業 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ウイング市川訪問介護
所在地	〒272-0815 千葉県市川市北方1-3-10 北方フラッツ 101
介護保険指定事業者番号	第一号訪問事業訪問介護 (千葉県指定 第1270804543号)
連絡先	TEL 047-302-1400 FAX 047-301-1138
緊急時の連絡先	上記で繋がらない場合 080-4053-2316
サービスを提供する地域	市川市、船橋市

(2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名		事業管理	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	2名		訪問介護サービス調整・管理	2名
事務職員		1名		庶務・経理	1名
従業者	介護福祉士	1名	4名	訪問介護	5名
	ホームヘルパー1級				
	ホームヘルパー2級		8名		8名
	介護職員初任者研修		1名		1名
	実務者研修				

(3) 営業時間

月曜日から土曜日

AM 9:00~PM 6:00 (12月31日~1月3日までの年末・年始は休業)

緊急連絡電話 (携帯) 080-4053-2316

(留守電) 047-302-1400

3. サービス内容

(1) 次の各種サービスがあります。

☆具体的にどのサービスを選ぶのがふさわしいかは、後に作成する第一号訪問事業計画（介護予防・日常生活支援事業介護計画書）の中でご相談いたします。

☆日常生活支援総合事業サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

そのため、下記のサービスは、例えば利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

身 体 介 護	入浴・排せつ・食事等の介護で次のような内容です。	
	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴の介助又は、入浴が困難な方は身体を拭く（清拭）等を行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	更衣の介助を行います。
	体位交換	体位の交換を行います。
生 活 援 助	調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の支援を行います。	
	調 理	ご利用者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
	洗 濯	ご利用者の衣類の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）
	掃 除	ご利用者の居室の掃除を行います。（ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）
	買 い 物	ご利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。（預金の引き出しや預け入れは行いません。）

(2) サービスの実施頻度は、介護予防サービス計画（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置付けられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、介護予防訪問介護計画（介護予防・日常生活支援事業介護計画書）において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数
I	おおむね1回
II	おおむね2回
III	おおむね3回以上

(3) ご利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス支援計画を踏まえた介護予防訪問介護計画（介護予防・日常生活支援事業介護計画書）に定められます。ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(4) ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防訪問介護計画（介護予防・日常生活支援事業介護計画書）に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、支給区分の変更、要介護認定の申請に必要な情報提供等の支援を行います。

4. 利用料金等

(1) 利用料金

☆利用料金は1ヵ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置付けられた支給区分によって次の表の通りとなります。

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合は日割り計算となります。

☆市川市の報酬単価は10.70なので、利用料金は単位数に10.70を掛けた金額になります。

	I (おおむね週1回)	II (おおむね週2回)	III (おおむね週3回)
単位数	1,176 単位	2,349 単位	3,727 単位
1. 総費用料金	12,583 円	25,134 円	39,878 円
2. 介護保険から 給付される額	11,324 円	22,620 円	35,890 円
3. 自己負担額 (3 = 1 - 2)	1,259 円	2,514 円	3,988 円

(1割負担の場合)

(2) 加算

☆初めてサービスをお使いになる月に、サービス提供責任者が訪問又は同行して介護を行ったときは、初回分として200単位が加算されます。

☆介護職員処遇改善加算（I） 介護職員の処遇を改善するための加算です。

算定した単位数の24.5%に相当する単位数で、負担割合に応じた金額が利用者負担となります。

(3) 交通費

☆利用者様のお宅への交通費は無料です。

ただし、通常の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

(4) その他

☆利用者のお住まいでサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は、利用者のご負担になります。

5. 料金のお支払方法

☆毎月 20 日までに前月分の請求をいたしますので、その月の末日までに郵便局振込または自動引き落としの方法でお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

なお、郵便局振込の場合の振込手数料は利用者のご負担になります。

(自動引き落としには利用者のご負担はありません。)

☆要支援認定前に暫定的にサービス提供を行った場合、要支援認定の結果、自立となった場合には、すでに利用されたサービス費用の全額の利用料をいただきます。

☆要支援認定の結果、認定前に提供されたサービス内容が認定後の支給限度額を上回った場合は、保険給付とならないサービス費用が生じる場合があります。この場合には、保険給付されないサービスにかかる費用の全額をご負担いただきます。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

あらかじめ、利用者のご指定の日時に当社職員がお伺いし契約を結びます。その後利用者の状況にあわせた介護予防訪問介護計画（介護予防・日常生活支援事業介護計画書）を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

☆利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

☆当社の都合でサービスを終了する場合

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ヶ月前までに通知いたします。

☆自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスが終了いたします。

- ・ 要介護認定又は要支援認定により、ご利用者の心身の状態が要介護又は自立と認定された場合。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合、もしくは被保険者資格を喪失したとき。

☆その他

- ・ 当社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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、利用者はサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず20日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、サービスを終了させていただく場合がございます。

☆サービスの利用に関する留意事項

- ・サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。
- ・選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者からの特定の訪問介護員の指名は出来ません。
- ・事業者の都合により、訪問介護員の交替をすることがあります。その場合は、ご契約者又はそのご家族に対して利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。
- ・訪問回数は、月4週までとします。

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせによりご家族、主治医、歯科医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医	氏名	
	連絡先	

8. サービス内容に関する相談・苦情

① お客さま相談・苦情担当

ウイング市川 担当 新井 美香 電話番号 047-302-1400

② 当社以外の相談・苦情窓口

市川市福祉部福祉政策課 電話番号 047-712-8548

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 市川市北方 1-3-10 北方フラッツ 101
名称 株式会社ウイング
ウイング市川訪問介護

説明者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者自身が対応・判断ができない状況になった場合は、私が身元引受人として対応・判断します。(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約者とさせていただきます。)

住所 _____

氏名 _____ 印

ご利用者との関係 (○印)

親族 (続柄 : _____)

成年後見人

代理人

* 確認資料を見せていただく場合があります。
あらかじめご了承下さい。