

**日常生活支援総合事業  
第1号訪問事業 重要事項説明書**

**1. 事業者（法人）の概要**

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 F P ケアサービス         |
| 主たる事務所の所在地 | 〒316-0023 日立市東大沼町3-28-3 |
| 代表者（職名・氏名） | 取締役 小林 竜也               |
| 設 立 年 月 日  | 平成15年 9月16日             |
| 電 話 番 号    | 0294-87-7377            |

**2. ご利用事業所の概要**

|             |                         |            |
|-------------|-------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | 訪問介護 秋桜                 |            |
| サービスの種類     | 第1号訪問事業                 |            |
| 事業所の所在地     | 〒316-0023 日立市東大沼町3-28-3 |            |
| 電 話 番 号     | 0294-87-7377            |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成15年 9月16日指定           | 0870200656 |
| 管 理 者 の 氏 名 | 木幡 昭子                   |            |
| 通常の事業の実施地域  | 日立市                     |            |

**3. 事業の目的と運営の方針**

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 第1号訪問介護サービス状態にある利用者が、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、第1号訪問介護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、利用者の第1号訪問介護サービス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、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。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

|      |  |
|------|--|
| 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。<br>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、服薬介助など |
| 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。<br>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  | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、年末年始(12月30日から1月3日)及びお盆(8月13日から8月15日)を除きます。 |
| 営業時間 | 午前9時から午後6時まで   |

#### 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、 非常勤 0人 |
| サービス提供責任者         | 常勤 5人、 非常勤 0人 |
| 介護福祉士             | 常勤 2人、 非常勤 4人 |
| ヘルパー1～2級及び初任者研修修了 | 常勤 2人、 非常勤 7人 |

#### 7. サービス提供の責任者

お客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、何でもお申し出ください。

|              |  |
|--------------|--|
| サービス提供責任者の氏名 |  |
|--------------|--|

## 8. 利用料

お客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、お客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応じた基本利用料の1割から3割の額です。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号訪問事業サービスの利用料

【基本部分】※生活援助

| サービス名称      | 対象              | サービスの内容                       | 算定単位      |
|-------------|-----------------|-------------------------------|-----------|
| 第1号訪問介護サービス | 事業対象者<br>要支援認定者 | 週1回程度の訪問が必要とされた方に対する包括的支援     | 1,294単位/月 |
| 第1号訪問介護サービス | 事業対象者<br>要支援認定者 | 週2回程度の訪問が必要とされた方に対する包括的支援     | 2,584単位/月 |
| 第1号訪問介護サービス | 事業対象者<br>要支援認定者 | 週2回を超える程度の訪問が必要とされた方に対する包括的支援 | 4,100単位/月 |

上記の算定単位は、日立市が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら算定単位も自動的に改定されます。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の算定単位が加算されます。

| 加算の種類         | 加算の要件                       | 算定単位       |
|---------------|-----------------------------|------------|
| 初回加算          | 新規の利用者へサービス提供した場合           | 200単位/月    |
| 介護職員処遇改善加算(I) | 介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合 | 所定単位×24.5% |

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注2) 所定の単位数に省令で定められた単位単価を乗じます。

### (2) キャンセル料

お客様の都合によりサービス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。

| キャンセルの時期        | キャンセル料  |
|-----------------|---------|
| 利用予定日の前日17時まで   | 無料      |
| 上記時刻までにご連絡のない場合 | 基本料金の1割 |

※お客様の容態の急変など、緊急かつやむを得ない場合はキャンセル料をいただきません。

※お客様の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、協議の上、キャンセル料を変更します。

### (3) 支払い方法

サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ指定いただいた金融機関の口座より振替いただくまたは、現金払いでお支払い下さい。振替日は利用月の翌月 27 日となります。土日祝日の場合は翌営業日となります。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

### 1 1. 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お受けします。

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0294-87-7377<br>当事業所の相談室 |
|---------|-------------------------------|

(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 | 日立市介護保険課                    | 電話番号 0294-22-3111<br>(内線212～内線217) |
|        | 茨城県国民健康保険団体連合会<br>介護保険苦情相談室 | 電話番号 029-301-1565                  |

### 1 2. 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。
  - 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] サービス提供の為にお客様の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用はお客様の負担になります。
- [5] サービス提供にあたり、提供中に起きた物損事故について、お客様の居宅の老朽化等によるものと判断された場合における当事業所としての弁償は致しかねますのでご了承ください。
- [6] 訪問予定時間は交通事情等により前後することがあります。

15分程度の時間の前後に関しては連絡は特にせず、訪問させていただきます。

### 13. 第三者による評価の実施状況

|                 |                               |        |           |
|-----------------|-------------------------------|--------|-----------|
| 第三者による評価の<br>実施 | 1 あり                          | 実施日    |           |
|                 |                               | 評価機関名称 |           |
|                 |                               | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                 | <input type="checkbox"/> 2 なし |        |           |

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 所在地 茨城県 日立市東大沼町3-28-3

事業者（法人）名 株式会社 FPケアサービス

訪問介護 秋桜

代表者氏名 小林 竜也 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。  
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 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印