

介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業
(訪問介護相当サービス)
(重要事項説明書)

お客様（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者がお客様に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	株式会社ディーブ
主たる事務所の所在地	〒914-0803 敦賀市新松島町1番26号ヴァンヴェールG
代表者（職名・氏名）	代表取締役・余座 寛之
設立年月日	平成18年7月5日
電話番号・FAX	電話番号 0770-37-1161 ・ FAX 0770-37-1162

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	株式会社ディーブ介護サービスセンター	
サービスの種類	訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒914-0803 敦賀市新松島町1番26号ヴァンヴェールG	
電話番号・FAX	電話番号 0770-37-1161 ・ FAX 0770-37-1162	
指定年月日・事業所番号	令和 6年4月1日指定	1870200274
管理者の氏名	余座 寛之	
通常の事業の実施地域	敦賀市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、介護予防訪問介護相当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、利用者の要支援状態等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

第一号訪問事業は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、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。

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、薬の受け取り、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 ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
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 人、 非常勤 人
サービス提供責任者	常勤 人、 非常勤 人
訪問介護員	常勤 人、 非常勤 人
事務員	常勤 人、 非常勤 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、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額です。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) 第一号訪問事業・訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担
訪問型独自サービス費Ⅰ	週1回程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援1・2)	11,760円	左記の金額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額
訪問型独自サービス費Ⅱ	週2回程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援1・2)	23,490円	
訪問型独自サービス費Ⅲ	週2回を超える程度の訪問型サービス (事業対象者・要支援1・2)	37,270円	

上記の基本利用料は、敦賀市が告示で定める金額であり、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。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担
初回加算	新規の利用者へのサービス提供した場合	2,000 円	左記の金額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額
生活機能向上連携加算Ⅰ (1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合	1,000 円	
生活機能向上連携加算Ⅱ (1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の身体の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	2,000 円	
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ※	当事業所は介護職員処遇改善加算(Ⅰ)となり、一月当たりのご利用額に 245/1000 を乗じた金額	基本利用料に 245/1000 を乗じた金額。	

※のついた加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一敷地内減算	集合住宅の居住者にサービス提供する場合の減算対象となる利用者は以下のとおりとする。 ・事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)に居住する者。	非該当

	・ 上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は同上）に居住する（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）	
サービス提供責任者配置減算	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合	非該当

（2）支払い方法

上記（1）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は翌銀行営業日）に、お客様が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は翌銀行営業日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 北陸銀行 敦賀支店 普通口座 5062890
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）までに、現金でお支払いください。

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 氏名 所在地 電話番号	— —
緊急連絡先（家族等）	氏名（利用者との続柄） 住所 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、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

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 0770-37-1161 担当者氏名 余座 寛之 面接場所 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	敦賀市福祉保健部長寿健康課	住 所 敦賀市中央町2丁目1番1号 電話番号 0770-22-8180
	福井県国民健康保険団体連合会	住 所 福井市西開発4丁目202番1 電話番号 0776-57-1611

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスを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サービスの提供
- (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が利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

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

事業者	所在地	福井県敦賀市新松島町1番26号ヴァンヴェールG	
	事業者(法人名)	株式会社ディーブ	
	代表者職・氏名	代表取締役・余座 寛之	印
	説明者職・氏名	サービス提供責任者・	印

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、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

立会人	住所	
	氏名	印