「指定訪問型サービスＡ(緩和型)」重要事項説明書

当事業所は、契約者に対して指定訪問型サービスＡ(緩和型)を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「事業対象者」と認定された方等が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

１　事業者

⑴ 法　人　名　社会福祉法人 蟹江町社会福祉協議会
⑵ 法人所在地　海部郡蟹江町大字西之森字海山326番地３
⑶ 電話番号　０５６７(９６)２９４０
⑷ 代表者氏名　会長　飯　田　數　義
⑸ 設立年月　昭和５４年３月

２　事業所の概要

⑴ 事業所の種類　指定訪問型サービスＡ(緩和型)事業所　平成２９年４月１日指定
蟹江町指定　２３７５６００５９６号
⑵ 事業の目的　指定訪問型サービスＡ(緩和型)は、介護保険法令に従いご契約者(利用者)が居宅において、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としてサービスを提供します。
⑶ 事業所の名称　蟹江町社会福祉協議会指定訪問介護事業所
平成２９年４月１日指定
⑷ 事業所の所在地　海部郡蟹江町大字西之森字海山326番地３
⑸ 電話番号　０５６７(９６)３７３６
⑹ 事務局長氏名　黒　田　一　人
⑺ 事業所の運営方針　本事業所の訪問介護員等は、要支援者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活援助、その他生活全般にわたる援助を行う。
⑻ 開設年月日　平成２９年４月１日
⑼ 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
【指定居宅介護支援事業】　平成１１年９月２８日指定
愛知県２３７５６００２５７号
【指定訪問介護事業】　平成１２年１月２８日指定
愛知県２３７５６００５９６号
【指定居宅介護事業】　平成１８年１０月１日指定
愛知県２３１０５０００４２号
【指定重度訪問介護事業】　平成１８年１０月１日指定
愛知県２３１０５０００４２号
【介護予防・日常生活支援総合事業】（現行型）　平成３０年４月１日指定

⑽ **事業の実施地域**　　蟹江町全域

⑾ **営業日及び営業時間、サービス提供時間**

営 業 日　　月曜日～金曜日（祝日及び１２月２９日～１月３日を除く）

営業時間　　午前８時３０分～午後５時１５分

サービス提供時間　　日曜日～土曜日　午前６時～午後１０時（祝日を含む）

３　職員の体制

当事業所では、契約者に対して指定訪問型サービスＡ(緩和型)及び指定介護予防訪問介護サービス及び指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

（主な職員の配置状況）※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

（令和８年４月１日現在）

職　　種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
１　事業所長	１名			１名	事務局長
２　サービス提供責任者 訪問事業責任者	１名	１名		１名	訪問介護員等
３　居宅介護従事者（ホームヘルパー）	１名	１４名	3.4名		訪問介護員
⑴ 介護福祉士	１名	４名			訪問介護員
⑵ 実務者研修		１名			訪問介護員
⑶ 訪問介護養成研修２級（ヘルパー２級）課程修了者		９名			訪問介護員
⑷ ガイドヘルパー養成研修修了者		（２名）			訪問介護員

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

４　当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者の家庭に訪問して、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

⑴　利用料金が介護予防・生活支援総合事業からサービス提供される場合
⑵　利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

があります。

⑴　介護予防・生活支援総合事業の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常９割もしくは８割）が介護予防・生活支援総合事業から支払われます。

〈サービスの概要と利用料金〉

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。

※上記のサービスは、例えば契約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、利用者がその有する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。

☆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、訪問型サービスＡ個別計画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

☆契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び時間等は、介護予防サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問型サービスＡ個別計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、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。

☆契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、訪問型サービスＡ個別計画に定めた実施回数、時間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、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

生活援助

☆訪問型サービスＡ(緩和型)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ます。

☆そのため、下記のサービスは、例えばご契約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、利用者がその有する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。

- **調　理**　利用者の用意を行います。（家族分の調理は行いません。）
- **洗　濯**　利用者の衣類等の洗濯を行います。（家族分の洗濯は行いません。）
- **掃　除**　利用者の居室の掃除を行います。（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**　利用者の日常生活に必要となる物品の買い物を行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

〈サービス利用料金〉

☆利用料金は１ヶ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とおりとなります。

☆契約者の体調不良や状態の改善等により訪問型サービスＡ個別計画に定めた期日の利用の多少にかかわらず、利用料金の日割りでの増額又は減額はしません。

支給区分	Ⅰ（概ね週１回）	Ⅱ（概ね週２回）	Ⅲ（概ね週３回以上）
利用料金	９，８０５円	１９，５７９円	３１，０７２円

利用者負担１割	介護予防・生活支援総合事業サービス費	８，８２４円	１７，６２１円	２７，９６４円
	自己負担額	９８１円	１，９５８円	３，１０８円
利用者負担２割	介護予防・生活支援総合事業サービス費	７，８４４円	１５，６６３円	２４，８５７円
	自己負担額	１，９６１円	３，９１６円	６，２１５円
利用者負担３割	介護予防・生活支援総合事業サービス費	６，８６３円	１３，７０５円	２１，７５０円
	自己負担額	２，９４２円	５，８７４円	９，３２２円

☆月ごとの定額制となっているため、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

一　月途中から利用者との契約を開始した場合

二　月途中から利用者との契約を解除した場合

三　月途中に要介護から要支援に変更となった場合

四　月途中に要支援から要介護に変更となった場合

五　同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆介護職員等処遇改善加算Ⅳ・１月につき所定単位数に170/1000加算

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護予防・生活支援総合事業サービス費の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の利用者負担割合分（負担割合証に記載の負担割合分）を追加料金としてご負担いただきます。

①初回加算

新規に訪問型サービスＡ個別計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、訪問事業責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

☆契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。 また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、契約者が介護予防・生活支援総合事業サービス費の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護予防・生活支援総合事業サービス費に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

⑵　介護予防・生活支援総合事業の対象とならないサービス

☆介護予防・生活支援総合事業の支給限度額を超える訪問型サービスＡ(緩和型)

介護予防・生活支援総合事業の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービスの利用料金の全額が契約者の負担となります。

⑶　交通費

蟹江町全域無料

⑷　利用料金のお支払い方法

前記⑴、⑵の自己負担金は、１か月ごとに計算し、利用月の翌月２７日に貴口座より引き落とします。

⑸　利用の中止、変更、追加

☆利用予定日の前に契約者の都合により、訪問型サービスＡ(緩和型)の利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

☆当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料(利用料の１割)をお支払いいただく場合があります。ただし、契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

５　サービスの利用に関する留意事項

⑴　サービス提供を行う訪問介護員

サービスの提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

⑵　訪問介護員の交替

①　契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護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、契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②　事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合はご契約者及びその家族等に対してサービス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。

⑶　サービス実施時の留意事項

①　定められた業務以外の禁止

契約者は、定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②　訪問型サービスＡ(緩和型)の実施に関する指示・命令

サービスの実施に関する指示、命令は、すべて事業者が行います。ただし、事業者はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配置うるものとします。

③　備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

⑷　サービスの利用当日にご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求いたします。

⑸　訪問介護員は、契約者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

・医療行為
・契約者若しくは、その家族等からの金銭又は高価な物品の授受
・契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
・飲酒及び契約者若しくは、その家族等の同意なしに行う喫煙
・契約者若しくは、その家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
・その他契約者若しくは、その家族等に行う迷惑行為

⑹　緊急時の対応について

サービス提供中にご契約者に容態の変化等、緊急の事態が発生した場合はご契約者の家族、もしくは緊急連絡先並びに主治医に連絡します。

⑺　事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかにご契約者の家族、担当の介護支援専門員及び蟹江町へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

6　虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

⑴　虐待防止委員会の開催
⑵　高齢者虐待防止のための指針の整備
⑶　虐待防止研修の実施
⑷　専任担当者の配置

7　損害賠償保険への加入

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名　　損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名　　賠償補償（総合補償タイプ）
補償の概要　　対人、対物、受託品

当事業所が行った訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には速やかに損害賠償を行います。

8　苦情の受付について

苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

蟹江町社会福祉協議会　　電話　０５６７－９６－３７３６
（月曜日～金曜日 午前８時３０分～午後５時１５分）
苦情受付担当者　サービス提供責任者　竹　内　み　ど　り
苦情解決責任者　　事務局長　黒　田　一　人
蟹江町役場　介護福祉課　電話　０５６７－９５－１１１１

（月曜日～金曜日 午前８時３０分～午後５時１５分）

国民健康保険団体連合会　電話　０５２－９７１－４１６５

（月曜日～金曜日 午前９時～午後５時）

９　第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況　　１　あり　　２　なし

令和　　年　　月　　日

指定訪問型サービスＡ(緩和型)の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者　指定訪問介護事業所

訪問介護員　氏名　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定訪問型サービスＡ(緩和型)の提供開始に同意しました。

利用者　住所　蟹江町

氏名　　印

代理人　住所

氏名　　印