

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)

重要事項説明書

(令和7年4月改定)

訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 北星会
主たる事務所の所在地	京都府宮津市字宮村1277番地
代表者（職名・氏名）	理事長 今出 陽一郎
設 立 年 月 日	昭和51年10月 8日
電 話 番 号	0772-22-8233

2. 事業所の概要

事業所の名称	与謝の園（介護予防）訪問介護事業所		
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）		
事業所の所在地	京都府与謝郡与謝野町字明石2120番地		
電話番号	0772-42-0050		
FAX番号	0772-42-0052		
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日	第2672000094号	
管理者の氏名	前田 重人		
通常の事業の実施地域	与謝野町内		
併設事業所	特別養護老人ホーム与謝の園 与謝の園短期入所生活介護事業所 与謝の園通所介護事業所 与謝の園訪問入浴介護事業所 与謝の園居宅介護支援事業所		
第三者評価の実施の有無	有	実施した直近の年月日	令和5年1月26日
実施した評価機関の名称	NPO 法人カロア	評価結果の開示状況	有

3. 運営の方針

- ・事業所は、利用者の心身の特性を踏まえて、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、訪問介護相当サービスを提供します。
- ・事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療、福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的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

- ・身体介護（入浴・排泄・食事等の見守り及び自立への支援）と生活援助（調理・洗濯・買物等の自立支援）を一本化した訪問サービス。
- ・介護予防訪問介護計画の作成及び評価等
居宅介護サービス計画に基づき、利用者の課題等を把握し、利用者の希望を踏まえて訪問介護計画を作成します。

5. 営業日及び営業時間等

営業日	1月1日から3日までを除く毎日
営業時間	午前7時00分から午後8時00分まで

※職員の配置や他の訪問の状況等により、ご希望の日・時間にサービスの提供ができない場合があります。

6. 事業所の従業員の体制 訪問介護事業と兼務

職種	員数
管理者	1名（兼務）
サービス提供責任者	2名以上
訪問介護員等	3名以上（サービス提供責任者兼務・訪問入浴介護兼務）

7. 利用料等

サービスを利用した場合のお支払いいただく利用料は、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された負担割合を乗じた額です。ただし、支払方法が償還払いとなる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町の介護保険担当窓口に出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本料金（1月あたり）※1割負担のみ記載しています。

負担割合	訪問型介護サービス（Ⅰ） 事業対象者及び 要支援1・要支援2	訪問型介護サービス（Ⅱ） 要支援1・要支援2	訪問型介護サービス（Ⅲ） 要支援2
	週1回程度 利用が必要な場合	週2回程度 利用が必要な場合	週2回を超える程度 利用が必要な場合
1割	1, 176円	2, 349円	3, 727円

(2) 加算・減算

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算の種類	自己負担額
初回加算	200円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×245／1000

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等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等を書面でお知らせします。

(3) その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域を越えてサービスの提供を行う場合 事業実施地域の境界から片道概ね30km未満1回500円 事業実施地域の境界から片道概ね30km以上1回700円
複写物の交付	サービス提供記録の複写費用 1枚につき20円
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品などに要する費用）について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等のやむを得ない事由がある場合は、この限りではありません。

- ・利用予定日の前日までに申し出があった場合 無料
- ・利用予定日の当日申し出があった場合は下記のとおりとします。

キャンセル料の種類	キャンセル料
介護予防の訪問	提供時間が60分の場合 678円
利用曜日が日曜日の場合	上記のキャンセル料に 100 円を加えます。
利用時間が午前7時00分～午前8時29分又は午後5時31分～午後8時00分の場合	上記のキャンセル料に 180 円を加えます。

(5) 社会福祉法人による利用者負担の軽減制度

事業所では、社会福祉法人による利用者負担金の軽減を行っております。市町が発行する「社会福祉法人利用者負担金軽減確認証」を事業所に提示していただくことが必要となり、提示いただいた月の利用者負担金から当該確認証に記載された率を軽減します。軽減の申請等、詳しくは各市町の介護保険担当までお問い合わせください。

(6) 利用料金の支払い方法

利用料金は1カ月ごとに計算し請求いたしますので、翌月25日までにお支払ください。お支払方法は、現金払いもしくは下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によるお支払いをお願いします。

・京都銀行 ・京都北都信用金庫 ・ゆうちょ銀行 ・京都農業協同組合

※なお、振替日は毎月25日（25日が金融機関休業日の場合は翌営業日）となります。

8. 個人情報の保護

事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

9. 緊急時における対応方法

利用者がサービス提供中に心身の状態が急変した場合は、かかりつけ医師に連絡し、必要な措置を執ると共に速やかにご家族等及び関係機関等に連絡します。

10. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故等が発生した場合は、かかりつけ医師に連絡し、必要な措置を執ると共に速やかにご家族及び関係機関に連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

1 1. 苦情相談窓口

当施設に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。

(1) 事業所の窓口

事業所苦情相談窓口	電話番号	0 7 7 2 - 4 2 - 0 0 5 1
	受付時間	月曜日から金曜日 9時00分～18時00分
	受付担当者	生活相談室主任
社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会	電話番号	0 7 7 2 - 2 2 - 8 2 3 3
	受付時間	月曜日から金曜日 9時00分～18時00分
	受付担当者	法人本部

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	与謝野町役場 福祉課	0 7 7 2 - 4 3 - 9 0 2 1
	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 9 0
	京都府社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	0 7 5 - 2 5 2 - 2 1 5 2

(3) 苦情受付の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

①【苦情受付の体制】

・電話 ・文書 ・来所

②【苦情対応の手順】

ア 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し、どのような解決を望まれているのかを把握します。

イ 苦情内容への対応

まずはしっかりと苦情内容を聞き、それについての説明を行います。

苦情があったことについては、管理者に報告するとともに社会福祉法人北星会苦情解決第三者委員会へ報告します。後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議を行います。検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報告し、管理者は具体的な対応を指示し、利用者へ報告します。

ウ 利用者等への報告

できるだけ早く謝罪を行った上で解決策等を提示します。

エ 記録の保存

対応した経過及び結果を記録し、5年間保存します。

オ 苦情の周知

苦情内容及びその対応の結果等を職員に周知し、再発防止策を協議検討します。
※苦情の対応にあたっては守秘義務を徹底するとともに、公正不偏の立場を保持し、利用者の正当な権利を損なわないように留意します。

令和 年 月 日

サービス提供の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

説 明 者	所 在 地	京都府与謝郡与謝野町字明石 2 1 2 0 番地
	事業所	社会福祉法人北星会 与謝の園訪問介護事業所

職・氏名	サービス提供責任者	谷原 千絵	印
------	-----------	-------	---

私は、事業所より重要事項説明書の説明・交付を受け、提供開始及び介護保険適用サー
ビス並びに介護保険適用外のサービス及び利用料金の支払に同意しました。

利 用 者

住 所	京都府与謝郡与謝野町字
-----	-------------

氏 名	印
-----	---

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名	印
-----	---

(本人との続柄	)
---------	---