【契約書付属書類　別紙1】

あぐりす訪問介護センターあい愛おおぶ

介護予防訪問介護相当サービスにかかる重要事項説明書

1．事業者

社会福祉法人あぐりす実の会　（所在地）愛知県知多郡南知多町大字内海字奥鈴ケ谷70-5

2．事業の目的と運営方針

（目的）介護予防が必要と認定されたご利用者および事業対象者に対し、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、介護予防訪問介護相当サービスを実施します。

（方針）

○ご利用者に喜ばれ、一人ひとりを大切にするサービスを提供します。

○人間らしく生きることを大切にするサービスを提供します。

○ご利用者本位のサービスを提供します。

○目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。

3．サービス提供事業（ご利用事業所）

介護予防訪問介護	介護保険事業所番号	2374201180/23A4200110	
	所在地	愛知県大府市吉田町4丁目56	
	管理者名	浅田 孝雄	電話番号　0562-47-3288
	サービス提供地域	東海市、大府市、知多市、東浦町	

4．ご利用事業所の職員体制等

管理者　1人

サービス提供責任者　1人以上

訪問介護員等　2.5人以上（常勤換算）

5．営業日・営業時間

営業日および営業時間は次の通りとする。ただし、当施設が特別に認めた場合はこの限りではありません。

①営業日

毎週月曜日から土曜日までとする。（1月1日から1月3日までの日を除く）

②営業時間

午前8時30分から午後5時30分までとする。

6．サービス利用基本料金および利用者負担

利用者負担金は、次の介護給付費に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。

(1)サービス利用基本料金

区　分	単位／月
介護予防訪問介護相当サービス費（Ⅰ）	1,176
介護予防訪問介護相当サービス費（Ⅱ）	2,349
介護予防訪問介護相当サービス費（Ⅲ）	3,727
初回加算	200
標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合	287
生活機能向上連携加算Ⅰ／Ⅱ	100/200
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ／Ⅰロ	上記単位合計の27.0%／28.7%
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ／Ⅱロ	上記単位合計の24.9%／26.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ／Ⅳ	上記単位合計の20.7%／17.0%

介護報酬1単位当たりの単価として地域区分10.21円を乗じた金額となります。

(2)サービス提供地域外の場合の交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う場合の交通費は、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、1kmあたり20円を徴収します。

(3)給付限度額超過の場合

給付限度額を超過するサービス提供分については超過分の全額が自己負担となります。

(4)介護保険対象外のサービス

介護保険対象外のサービス提供分については、別紙のサービス内容と料金表による金額と移動にかかる交通費が自己負担となります。

(5)利用者負担金等の支払

月末締切の翌月15日（ただし、15日が金融機関休業日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（または代理人）名義の金融機関口座振替（振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者に支払い、利用者はその後市町から保険給付分を受けとることになります。

(6)キャンセル

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。キャンセル料は不要です。

キャンセル連絡先　電話番号:0562-47-3288

7．介護予防訪問介護相当サービス計画の作成とサービス記録

①事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防訪問介護相当サービス計画を作成し、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。

②事業者は、介護予防訪問介護相当サービス計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。

8. 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

訪問介護　相談窓口	0562-47-3288	対応者:浅田 孝雄
大府市	0562-45-6289	高齢障がい支援課
東浦町	0562-83-3111	ふくし課地域共生社会推進係
東海市	052-689-1600	高齢者支援課
阿久比町	0569-48-1111	ふくし課高齢介護係
知多市	0562-36-2652	長寿課
常滑市	0569-47-6133	高齢介護課
半田市	0569-21-3111	高齢介護課
知多北部広域連合	052-689-2263	事業課
国民健康保険団体連合会	052-971-4165	

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名	
		結果の開示	
	○ なし		

10. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、主治医、救急、親族、介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医 (かかりつけ医)	主治医院名・氏名
	所在地
	電話番号
ご家族	住所
	氏名
	電話番号

令和　　年　　月　　日

○利用者

私は、重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受け、同意します。

氏　　名

（筆記困難で代理人が記入した場合、下へ代理人名を署名ください。

代理人氏名）

○説明者 所属事業所　　あぐりす訪問介護センターあい愛おおぶ

氏　　名