介護予防・日常生活支援総合事業サービス

(契約書別紙①　兼　重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する介護予防訪問サービスの提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

１．事業所の概要

介護予防訪問介護指定平成２８年7月１日

事業所の名称	特定非営利活動法人 ながおかたすけあいネットBEライフケアセンターＢＥ	県指定年月日	平成　１６年　7月　1日 事業者番号 １５７０２０１３７４
所在地	長岡市　今朝白　１　丁目　１６　番　１５　号		
電話番号	０２５８－３７－７１０６	管理者	石　黒　清　子
営業日	日曜日、年末年始（１２月３１日～１月３日）を除く毎日		
営業時間	午前8時３０分～午後６時 但し、サービス提供については利用者の希望に応じて３６５日２４時間対応可能		
通常の事業の実施地域	長岡市		

２．　従業者の勤務体制

職種	人数
介護福祉士	人
介護職員初任者研修課程修了者	人

３．提供するサービスの内容

①　介護予防訪問サービスは、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、利用者が可能な限りその居宅で、要支援状態の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排せつ・食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うサービスです。

具体的には、「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」のサービスを一体的に行います。

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。
生活援助	一人暮らし又は家族等が障害・疾病等であり、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。

② あなたのサービス内容、利用日及び利用時間はおおむね次のとおりです。

サービスの内容	利用日	利用時間
	毎週　　曜日	:　～　:
	第　週　　曜日	:　～　:
	毎月　　日	:　～　:

4．業務取扱い方針

あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、要支援者及び事業対象者の状態等にある利用者が、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介護予防訪問サービスを提供します。

5．サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏　名		職　名	サービス提供責任者
連絡先（電話番号）	０２５８－３７－７１０６		

6. 利用料金

利用者負担金

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ（１月あたり）		利用料	利用者負担金		
			自己負担 １割の場合	自己負担 ２割の場合	自己負担 ３割の場合
訪問型 独自ｻｰﾋﾞｽⅠ	１週間に１回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型 独自ｻｰﾋﾞｽⅡ	１週間に２回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型 独自ｻｰﾋﾞｽⅢ	１週間に３回程度以上の介護予防訪問介護が必要とされた場合 （要支援２の利用者のみ対象）	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円

※ 上記の基本利用料は、長岡市が告示等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訂されます。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】

加算の種類	加算の要件など	加算額
処遇改善加算Ⅳ	介護職員処遇改善加算Ⅳの算定要件に適合	１月の合計単位数に 14．5％を乗じた額
初回加算	過去２ヶ月に介護予防訪問サービスの提供を受けず、提供責任者が介護予防を行った場合	２，０００円 （１月につき）
緊急時訪問加算	要請を受けてから２４時間以内に、身体介護を行った場合	１，０００円 （１回につき）
夜間・早朝加算	夜間（午後６時～午後１０時）または早朝（午前６時～午前８時）にサービスを提供した場合	利用料の２５％の額 （１回につき）

③ その他の費用

交通費	□ 不要です。 □ 実費（１回の訪問につき＿＿＿＿＿円）をご負担いただきます。

①および②の利用料金は、１か月ごとにまとめて請求いたします。お支払い方法は銀行引落になります。サービスを利用された月の翌月２５日に、利用者様の指定口座から引き落とさせていただきます。

④　あなたにお支払いいただく１か月あたりの利用料金は、おおむね次のとおりです。

利用者	サービスの内容	回　数	利用者負担金	（利用料）
			円	円
			円	円
			円	円

７．サービスの中止

①　あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。連絡先（電話番号）：　０２５８―３７―７１０６

８．緊急時等における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

９．事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１０．苦情相談窓口

①　当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	特定非営利活動法人ながおかたすけあいネット　ＢＥライフ
担当責任者	管理者　　石黒清子
連絡先（電話番号）	０２５８－３７－７１０６

②　当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
長岡市長寿はつらつ課	０２５８－３９－２２６８
新潟県国民健康保険団体連合会	０２５－２８５－３０２２

１１．提供するサービスの第三者評価の実施状況

実　施　有　無	な　　し
実施した直近の年月日	―
実施した評価機関の名称	―
評価結果の開示状況	―

１２．サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たってあなたに注意していただきたいことはつぎのとおりです。

（1）あなたが、ヘルパーの交替を希望する場合は、できる限り対応するので、サービス提供責任者までご連絡ください。

（2）ヘルパーは次の業務はできないので、ご了解願います。

① 医療行為及び医療補助行為

② 年金などの金銭の取扱い

③ 家族の方に対する食事の準備など

（3）ヘルパーに対し、贈り物、飲食物の提供はお断りします。

（4）体調の変化などで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居宅介護支援事業者、または当事業所の担当者（電話番号　0258-37-7106　）までご連絡ください。

サービスの提供開始にあたり、前記の通り説明いたしました。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

事　　業　　者　　所 在 地　　長岡市今朝白 １ 丁目 １６ 番 １５号
特定非営利活動法人
ながおかたすけあいネットＢＥライフ
事業者名　　ケアセンターＢＥ
代表者職・氏名　　伊　丹　　裕　美　　印

説明者職・氏名　　印

事業者より上記の内容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　　ご住所

お名前　　印

代　　理　　人　　ご住所

お名前　　印

立　　会　　人　　ご住所

お名前　　印