

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）料金表（兼重要事項説明書）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなた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	医療生協さいたま生活協同組合
主たる事務所の所在地	〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317
代表者（職名・氏名）	理事長 雪田 慎二
設 立 年 月 日	1 9 9 2 年
電 話 番 号	048-294-0611

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	生協ヘルパーステーションこだま	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒369-0306 埼玉県児玉郡上里町七本木3556-4 アバンティメゾン102	
電 話 番 号	0495-35-3271	
指定年月日・事業所番号	2018年4月1日指定	1174200616
管理者の氏名	松居 こと江	
通常の事業の実施地域	本庄市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、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。

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
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（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで 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
介護福祉士	常勤 1人、 非常勤 8人
ヘルパー 2級	常勤 0人、 非常勤 8人
介護職員初任者研修	常勤 0人、 非常勤 0人
介護職員実務者研修	常勤 0人、 非常勤 1人

7. 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	松居こと江・小林 文・小島志乃・家中清美
--------------	----------------------

8. 利用料

あなた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、基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた料金となります。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1号訪問事業・介護予防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	基本単位	基本料金	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
訪問型サービス (独自) I (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス (独自)が必要とされた者 (事業対象者・要支援1・ 2)	月1176単位	月11,760円	月1,176円	月2,352円	月3,528円
訪問型サービス (独自) II (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス (独自)が必要とされた者 (事業対象者・要支援1・ 2)	月2349単位	月23,490円	月2,349円	月4,698円	月7,047円
訪問型サービス (独自) III (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型 サービス(独自)が必要と された者(事業対象者・要 支援2)	月3727単位	月37,270円	月3,727円	月7,454円	月11,181円
訪問型サービス (独自) IV (1回につき)	1月の中で全部で4回までの サービスを行なった場合 (事業対象者・要支援1・2)	1回268単位	1回2,680円	1回268円	1回536円	1回804円
訪問型サービス (独自) V (1回につき)	1月の中で全部で5回～8回 のサービスを行なった場合 (事業対象者・要支援1・2)	1回272単位	1回2,720円	1回272円	1回544円	1回816円
訪問型サービス (独自) VI (1回につき)	1月の中で全部で9回～12回 のサービスを行なった場合 (事業対象者・要支援1・2)	1回287単位	1回2,870円	1回287円	1回574円	1回861円
訪問型サービス (独自) 短時間 サービス (1回につき)	20分未満の訪問型サービ ス(事業対象者・要支援1・ 2) ※1月につき22回まで	1回167単位	1回1,670円	1回167円	1回334円	1回501円

上記の基本利用料は、本庄市の定める額または指定権者の定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金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。

※上記自己負担額は加算を含まない基本単位の料金です。実際の利用料は基本単位数に以下の各種加算を加えた総単位数を金額に換算して算出します。

◆初回加算：初めてサービスを提供する月に1回のみ利用料に加算されます。

1月につき 基本単位200単位／基本料金2,000円

自己負担額 200円(1割) 400円(2割) 600円(3割)

- ◆生活機能向上連携加算（Ⅰ）：サービス提供責任者が訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療機関の理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成して訪問介護をおこなった場合に初回の訪問月に加算されます。

1月につき 基本単位100単位／基本料金1,000円

自己負担額 100円（1割）200円（2割）300円（3割）

- ◆生活機能向上連携加算（Ⅱ）：サービス提供責任者が訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療機関の理学療法士等に同行し、共同して生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成して訪問介護をおこなった場合に3ヵ月間加算されます。

1月につき 基本単位200単位／基本料金2,000円

自己負担額 200円（1割）400円（2割）600円（3割）

- ◆訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ：介護職員の賃金の改善を実施し、加算のキャリアパス要件Ⅰ～Ⅴのすべてに適合し、職場環境等要件を満たす場合、1ヶ月の総単位数の24.5%が加算されます。ただし、この加算分は区分支給限度額外となります。

■交通費

交通費は無料です。

■キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料を請求いたします。

- ①サービス提供予定日の前日午後5時までにご連絡があった場合、キャンセル料は発生しません。
- ②サービス提供予定日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合に、キャンセル料を請求いたします。キャンセル料は、当該サービスの料金の80%の額となります。ただし、ご利用者の容体の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求いたしません。

<キャンセル料の例>

	料金	キャンセル料
訪問型サービスⅠ・訪問型サービスⅣ	3,215円	2,572円
訪問型サービスⅡ・訪問型サービスⅤ	3,263円	2,610円

※料金は基本単位に処遇改善加算Ⅰ・特定処遇改善加算Ⅰを加算した金額

■介護保険給付金が事業者を支払わない場合

介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が事業者を支払わない場合があります。その場合は、いったん介護保険基本料金の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書および領収証を発行します。サービス提供証明書および領収証を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出すると差額の払い戻しを受けることができます。

(2) 支払い方法

上記（1）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。毎月20日までに前月分の請求書をお届けいたしますので、27日までにお支払いください。お

支払確認後、領収書を発行します。

お支払方法は、原則として口座振替でお願いします。それ以外のお支払方法をご希望の方はご相談ください。

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) 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及び本庄市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 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 0495-35-3271 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	本庄市介護いきがい課	電話番号 0495-25-1719
	埼玉県国民健康保険団体連合会	電話番号 0495-824-2568

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの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食事の準備 など
- (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を利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

年 月 日

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

事業者 所在地 埼玉県川口市木曾呂1317
事業者（法人）名 医療生協さいたま生活協同組合
代表者職・氏名 理事長 雪田 慎二 印
説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項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 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