

**介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防型訪問サービス（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	株式会社ユーフォリア
主たる事務所の所在地	〒666-0115 兵庫県川西市向陽台1丁目6-39
代表者（職名・氏名）	代表取締役 西山 盛正
設 立 年 月 日	令和2年7月1日
電 話 番 号	072-792-5501

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護ステーション胡蝶の舞	
サ ー ビ ス の 種 類	介護予防型訪問サービス	
事 業 所 の 所 在 地	〒666-0115 兵庫県川西市向陽台1丁目6-39	
電 話 番 号	072-792-5501	
指定年月日・事業所番号	令和5年11月1日指定	2873103119
管 理 者 の 氏 名	西山 道代	
通常の事業の実施地域	川西市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、介護予防型訪問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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

介護予防型訪問サービスは、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や意欲を高めるために利用者と共に行う援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、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（日常生活を営む機能を高める観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りなど）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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）は休日となります。
営業時間	8：30～17：30 ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供時間について相談させていただきます。

6. 事業所の職員体制

訪問介護員の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 1人
介護職員実務者研修修了者	常勤 1人
介護職員実務者研修修了者	非常勤 1人

7. 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供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。

管理者兼サービス提供責任者	西山 道代
サービス提供責任者	阪本 遥香

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、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。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（総合事業訪問介護）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 利用料	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
訪問型サービス（独自）Ⅰ （１月につき）	週１回程度のサービスが必要とされた場合 （事業対象者・要支援１・２）	12,584円 （１月あたり）	1,259円	2,517円	3,775円
訪問型サービス（独自）Ⅱ （１月につき）	週２回程度のサービスが必要とされた場合 （事業対象者・要支援１・２）	25,135円 （１月あたり）	2,514円	5,027円	7,541円
訪問型サービス（独自）Ⅲ （１月につき）	週２回を超える程度のサービスが必要とされた場合 （事業対象者・要支援２）	39,878円 （１月あたり）	3,988円	7,976円	11,964円

上記、原則、1ヶ月間の利用料となります。但し、契約日が月の途中の場合、契約日より、日割り計算となります。また、月の途中の契約終了時も日割り計算となります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本 利用料	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初月にサービスを提供及び訪問介護員に同行した場合。	2,140 円	214 円	428 円	642 円
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算減算の合計 22.4%			

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分の90%

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	支払い要件等
利用予定日の前日の17時まで	不要
利用予定日の前日の17以降	700円

(3) 支払い方法

上記(1)及び(2)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ので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <div style="text-align: center;"> 尼崎信用金庫 多田支店 普通 4081399 株式会社ユーフォリア 代表取締役 西山 盛正 </div>
現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日(休業日の場合は直後の営業日)までに、現金でお支払いください。

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（又は介護支援専門員）及び川西市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

なお、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	あいおいニッセイ同和損害保険
保険名	賠償責任保険
補償の概要	指定介護予防型訪問サービスに関わる利用者の経済的損失等

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	苦情受付担当者：西山 道代（管理者） 苦情解決責任者：西山 盛正（株式会社ユーフォリア代表取締役） 所在地：兵庫県川西市向陽台1丁目6-39 電話番号：072-792-5501 FAX：072-792-5505 受付時間：8：30～17：30（月～金） （但し、12/30～1/3を除く。）
---------	---

(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。

【市町村の窓口】	川西市 福祉部 介護保険課 適正化 所在地：兵庫県川西市中央町12番1号 電話番号：072-740-1172 FAX：072-740-1311 メール： kawa0027@city.kawanishi.lg.jp 受付時間：9：00～17：00（土日祝休み） （但し、12/29～1/3を除く。）
【公共団体の窓口】	兵庫県国民健康保険団体連合会 所在地：兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：078-332-5617 FAX：078-332-5650 受付時間：8：45～17：15（土日祝休み） （但し、12/29～1/3を除く。）

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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 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 兵庫県川西市向陽台 1 丁目 6-39
事業者（法人）名 株式会社ユーフォリア
代表者職・氏名 代表取締役 西山 盛正
説明者職・氏名

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

署名代行者（又は法定代理人）

住 所
本人との続柄
氏 名