

# 社会福祉法人むべの里光栄

## むべの里訪問介護事業所東本町

### 訪問型サービス 重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して宇部市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス（予防給付型、生活維持型を含めて以下「訪問型サービス」という。）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次のとおり説明します。

※本重要事項説明書は、2025年4月1日時点での説明書であり、今後変更することもあります。

#### 1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人むべの里光栄
事業者の所在地	山口県宇部市川添1丁目2番5号
代表者（職名・氏名）	理事長 隅田 典代
設立年月日	1995年3月30日
電話番号	0836-52-7797

#### 2. 事業所

事業所の名称	むべの里訪問介護事業所東本町
事業所の所在地	山口県宇部市東本町1丁目2番7号
管理者の氏名	藤岡 直美
電話番号	0836-37-1515
指定年月日（指定有効期限）	2019年4月1日（2025年4月1日～2031年3月31日）
事業所番号	3570203921
通常の事業実施地域	宇部市
第三者評価の実施状況	実施の有無：無

#### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	地域に開かれた老人福祉を実践することを目的としています。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"><li>「お客様こそ主人公」を原点に、優しさと思いやりの心、常に明るい笑顔でお客様に接します。</li><li>「住民こそ主人公」の理念から、老後を誰もが安心して暮せる街づくり、住民ニーズに応えシルバーサービスの拡充へ奮闘します。</li></ul>

#### 4. 営業日・営業時間

営業日	年中無休
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	24時間

#### 5. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	従業者の職種	員数
管理者	1名	サービス提供責任者	1名以上
訪問介護員	3名以上		

#### 6. 提供するサービスの内容

訪問型サービスは、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。要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）、あるいは状態がそれ以上悪化しないようにすることを目的としています。利用者の有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう支援します。

## 7. 利用料金

下記の料金表によって、サービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

### (1) 訪問型サービスの利用料

(基本利用料) 訪問介護相当サービス（予防給付型）・1月あたり

利用者の要支援度	基本利用料	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
要支援1・2・事業対象者（週1回程度）	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
要支援1・2・事業対象者（週2回程度）	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
要支援2・事業対象者（週2回を超える程度）	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円

(加算) 以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料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			
		利用料	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
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合（1月につき）	2,000円	200円	400円	600円
介護職員等 処遇改善加算（Ⅱ）	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金（基本料金+各種加算減算）の22.4%			

(減算) 以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	上記基本利用料の10%
	正当な理由なく事業所と同一の建物に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合（事業所と同一の建物の利用者50人以上にサービスを行う場合を除く）	上記基本利用料の12%
	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	上記基本利用料の15%

※上記の利用料は、地域支援事業実施要綱において「国が定める単価」を上限として、市町が独自に額を定めます。これが改定された場合は、これらの利用料も自動的に改定されます。その場合は、新しい利用料を書面でお知らせします。

### (2) その他の費用

交通費	通常の事業実施地域の範囲を越えてサービスを提供する場合（1回につき）	事業所から片道5km未満	100円
		事業所から片道5km以上	200円

### (3) 支払い方法

上記(1)、(2)の利用料は、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
現金払い	サービスを利用した月の翌月末日までに、現金でお支払いください。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月末日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 西中国信用金庫 西宇部支店（口座名義）社会福祉法人むべの里光栄 理事長 隅田典代 （口座番号）普通口座 0109334

## 8. 苦情相談窓口

### (1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。

事業所相談窓口	(担当者) むべの里訪問介護事業所東本町 管理者 藤岡 直美 (受付時間) 月曜日～金曜日 8:30～17:30 (電話番号) 0836-37-1515 また、苦情受付ボックスを玄関受付に設置しています。
第三者委員	・梅野 憲造 (住所) 山口県宇部市大字際波 412-18 (電話番号) 0836-41-4912 ・吉村 明子 (住所) 熊本県合志市福原 2922 (電話番号) 096-285-9981

### (2) 上記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。

宇部市 高齢者総合支援課	所在地 山口県宇部市常盤町1丁目7番1号 電話番号 0836-34-8396 受付時間 8:30～17:15 受付日 月曜日～金曜日（祝日を除く）
山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 山口県山口市大字朝田 1980 番地の7 電話番号 083-995-1010 受付時間 9:00～17:00 受付日 月曜日～金曜日（祝日を除く）
山口県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 山口県山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館内 電話番号 083-924-2837 受付時間 9:00～17:00 受付日 月曜日～金曜日（祝日を除く）

## 9. 事故発生時の対応

訪問型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、担当の介護支援専門員等へ連絡するとともに、関係市町村等と連携し、必要な措置を講ずるものとします。

### 10. 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。

### 11. 個人情報の利用、秘密保持

当事業所は契約書第12条（秘密保持）に基づき守秘義務を守ります。つきましては利用者及びその家族の個人情報を以下に記載する目的においてのみ利用することに同意をお願いします。

#### (1) 利用目的

- ① 利用者に係る介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントに係るケアプラン立案のためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、保険者、医療機関等との連絡調整での情報提供
- ③ 介護保険事務における審査支払機関へのレセプトの提出
- ④ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出

#### (2) 利用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、上記に記載する利用目的の範囲内で、関係者以外に漏れることの無い様に細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した相手方や内容について記録し請求があれば開示する。

#### (3) 利用する期間

本契約書に定めているサービス契約期間に準ずる。

### 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。  
医療行為、利用者又は家族の金銭・預貯金通帳・証書・書類などの預かり、利用者の同居家族に対するサービス提供、日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- 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 サービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。利用者から特定の訪問介護員を指名することはできませんが、訪問介護員についてお気づきの点やご要望がありましたら、事業所へご相談ください。
- ④ 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介護支援専門員等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

年 月 日

(事業者)

訪問型サービスの開始にあたり、利用者に対して本書面に基ついで重要な事項を説明しました。

事業所名 むべの里訪問介護事業所東本町

説明者職名 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_

(利用者)

私は、本書面に基ついで事業者から重要事項の説明を受け、訪問型サービスの提供開始に同意しました。

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人)

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_