

**介護予防・日常生活支援総合事業  
訪問型サービス A(A-3)  
ご利用案内  
(重要事項説明書)**

令和6年4月改正



す た ー ハ ウ ス

〒760-0080 香川県高松市寺井町292番地3

Tel 087-814-5082 Fax 087-814-5083

介護保険事業者番号 37A0100896

## 介護予防・日常生活支援総合事業

### 訪問型サービス A（A－3）契約書別紙（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 | 一般社団法人 すたーハウス             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒761－8075 香川県高松市寺井町292番地3 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表理事 田中 美代                |
| 設 立 年 月 日  | 平成25年6月18日                |
| 電 話 番 号    | 087－814－5082              |

#### 2. ご利用事業所の概要

|               |                           |            |
|---------------|---------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称     | すたーハウス                    |            |
| サ ー ビ ス の 種 類 | 訪問型サービス A（A－3）            |            |
| 事 業 所 の 所 在 地 | 〒761－8075 香川県高松市寺井町292番地3 |            |
| 電 話 番 号       | 087－814－5082              |            |
| 指定年月日・事業所番号   | 平成28年11月1日指定              | 37A0100896 |
| 管 理 者 の 氏 名   | 田中 朝弘                     |            |
| 事 業 の 実 施 地 域 | 高松市                       |            |

#### 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、又は基本チェックリストにより、事業対象者に該当すると判定された利用者が、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、訪問型サービス A（A－3）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等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

訪問型サービス A（A－3）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、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。

## 5. 営業日時

|      |                                                                         |
|------|-------------------------------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、国民の祝日及び年末年始及び夏季（お盆の期間）を除きます。                          |
| 営業時間 | 午前 9 時から午後 6 時まで<br>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

|         | 資格        | 常勤  | 非常勤 | 計   |                 |
|---------|-----------|-----|-----|-----|-----------------|
| 管 理 者   | 介 護 福 祉 士 | 0 人 | 1 人 | 1 人 |                 |
| 訪問事業責任者 | 二級課程修了者   | 0 人 | 1 人 | 1 人 |                 |
| 従 事 者   | 介 護 福 祉 士 | 0 人 | 0 人 | 2 人 | 内 1 名訪問事業責任者と兼務 |
|         | 看護師       | 0 人 | 0 人 |     |                 |
|         | 一級課程修了者   | 0 人 | 0 人 |     |                 |
|         | 二級課程修了者   | 0 人 | 1 人 |     |                 |
|         | 実務者研修修了者  | 0 人 | 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。

|            |       |
|------------|-------|
| 訪問事業責任者の氏名 | 丸下 美雪 |
|------------|-------|

## 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応じた基本利用料の 1 割又は 2 割の額です。ただし、介護保険制度における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）訪問型サービス A（A－３）の利用料

#### 【基本料金】

| サービス名称       | 基本利用料(1回あたり)<br>のめやす | 利用者負担(1割)<br>のめやす | 利用者負担(2割)<br>のめやす |
|--------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| 訪問型サービス A（Ⅲ） | 1, 8 0 0 円           | 1 8 0 円           | 3 6 0 円           |

週 1 回程度（月 5 回まで）週 2 回程度（月 10 回まで）1 回あたり 60 分程度  
利用回数については、地域包括支援センター等が作成するケアプランにより決まります。

注：上記のめやすは、1 単位＝1 0 円で計算しており、地域区分別の単価（7 級地 1 0 . 2 1 円）を含んでいません。

## (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、あなた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。

|        |      |
|--------|------|
| キャンセル料 | 500円 |
|--------|------|

## (3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて、翌月10日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。

次のいずれかの方法によりお支払いください。

- ア 指定口座からの引き落としによる支払い(翌月27日)  
 イ 窓口での現金支払い(支払い期限翌月27日)  
 ウ 下記指定口座への振込み(支払い期限翌月27日)  
 香川銀行 東支店 普通預金 口座番号 3559556  
 一般社団法人 すたーハウス 代表理事 田中 美代

## 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。

## 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高松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<br>(担当：田中) | 電話番号  | 087-814-5082 |
|                    | 面接場所  | すたーハウス       |
|                    | ご利用時間 | 午前9時～午後6時    |

(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 | 高松市介護保険課       | 電話番号 087-839-2326 |
|        | 香川県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 087-822-7435 |

## 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。

平成      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    高松市寺井町 2 9 2 - 3

事業者（法人）名      一般社団法人    すたーハウス

代表者職・氏名      管理者      田中    朝弘      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