

サービス内容説明書ならびに重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(下関市指定 第3570100432号)

ご契約者に対するサービスの提供開始にあたり、
事業所の概要や提供されるサービスの内容、
契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1. 法人の概要

法人名	社会福祉法人 朋愛会
法人所在地	山口県下関市長府才川二丁目21番1号
電話番号	083-248-3222
代表者氏名	理事長 木下 毅
設立年月	昭和55年6月5日

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	みどり園訪問介護事業所
サービスの種類	第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）
事業所の所在地	山口県下関市長府才川二丁目21番1号
電話番号	083-248-2639
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日指定 山口県第3570100432号 平成24年4月1日指定（権限移譲）下関市第3570100432号
管理者氏名	宇内 祐司 （特別養護老人ホームみどり園園長ならびにみどり園在宅部門管理者）
通常の事業の実施地域	旧下関市内（離島を除く）

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、介護予防訪問介護相当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

第一号訪問事業（予防給付型訪問サービス）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。

① 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
② 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	12月31日～1月3日を除く毎日営業
受 付 時 間	日曜～土曜 8時30分～17時00分
営 業 時 間	日曜～土曜 原則として8時30分～17時00分 (但し、できる限り利用者の要望に応じます。)

6. 事業所の職員体制

職種	員 数	職 務 内 容
管理者	1名	事業所の従事者の管理、指導 その他本事業所の業務の統括
サービス提供責任者	1名以上	事業所に対する予防給付型サービスの利用の申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、予防給付型訪問介護計画の作成等を行う
訪問介護員	常勤換算2.5名以上	予防給付型サービスの提供に当たる

7. サービス提供の責任者

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。

古谷 庸子	フルタニ ヤスコ	090-3175-7049
-------	----------	---------------

8. 利用料

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、お支払いいただく「利用者負担金」は、利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。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号訪問事業サービスの利用料

それぞれのサービスについて、平常の時間帯<午前8時から午後6時>での料金は次の通です。

【身体介護及び生活援助】

報酬	サービス費の名称	算定項目	利用料金	算定単位
月額	(訪問) 予防給付型 1 1	1週に1回程度の場合	1176円	1月につき
月額	(訪問) 予防給付型 1 2	1週に2回程度の場合	2349円	1月につき
月額	(訪問) 予防給付型 1 3	1週に2回を超える程度の場合	3727円	1月につき
日割	(訪問) 予防給付型 1 1 日割	1週に1回程度の場合	39円	1日につき
日割	(訪問) 予防給付型 1 2 日割	1週に2回程度の場合	77円	1日につき
日割	(訪問) 予防給付型 1 3 日割	1週に2回を超える程度の場合	123円	1日につき

報酬	サービス費の名称	算定項目	利用料金	算定単位
1回	(訪問) 予防給付型 2 1	標準的な内容の予防給付型サービスである場合	287円	1回につき
1回	(訪問) 予防給付型 2 2	生活援助が中心である場合 a 所要時間20分以上45分未満	179円	1回につき
1回	(訪問) 予防給付型 2 3	生活援助が中心である場合 b 所要時間45分以上の場合	220円	1回につき

1回	(訪問) 予防給付型短時間サービス	短時間の身体介護	163円	1回につき
----	-------------------	----------	------	-------

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示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。

【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
初回加算	新規に訪問型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回もしくは初回利用の属する月に予防給付型訪問サービスを行った、または従業者に同行した場合	200円
介護職員等処遇改善加算(I) ※	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	1ヵ月の総ご利用単位数の 100分の24.5

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

9. 利用料金のお支払い方法

前記(1)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日に以下のいずれかの金融機関で口座振替をさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

※ 利用料金支払金融機関をお選びいただき、該当の欄にレ点を記入して下さい。

- 西中国信用金庫
- 山口銀行
- ゆうちょ銀行

毎月25日に引き落としを行います。25日が金融機関休業日の場合は翌営業日に引き落とされます。

※引き落とし手数料は無料(事業所負担)です。

(事業所負担：西中国信用金庫110円、山口銀行110円、ゆうちょ銀行10円)

※ただし振替日に残高不足等により引き落としができなかった場合は、引き落とし手数料はご利用者様のご負担となりますので、その際は翌月分に利用料請求額ならびに引き落とし手数料を合算して引き落としをさせていただきます。引き落とし前日までに、通帳残高の確認をお願いいたします。

◆お支払い方法は変更可能です。変更の際は事業所へご連絡下さい。

10. 利用の中止、変更、(契約書 第5条 参照)

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止もしくは変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	1,000円

○サービス利用の変更に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

11. 事故発生時の対応

- ① 事業者は、サービス提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行いません。(損害保険ジャパン日本興亜株式会社)

12. 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。

事業者は、24時間緊急時連絡体制にあり、計画的サービス以外必要に応じて緊急訪問介護を行う場合があります。 みどり園訪問介護事業所 電話番号 083 - 248 -2639

午前 8時 30分 ~ 午後 5時 まで

上記以外の時間帯につきましては、7. サービス提供の責任者の携帯番号へご連絡下さい。

1 3. 苦情相談窓口 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情相談窓口	古谷 庸子(サービス提供責任者) 金子 恵 (サービス提供責任者) 西村 羅夢(サービス提供責任者)	下関市福祉部 長寿支援課 支援係	山口県国民健康保険 団体連合会
連絡先	T E L : 083-248-2639 F A X : 083-248-0866	T E L : 083-231-1340 F A X : 083-231-1948	T E L : 083-995-1010 F A X : 083-934-3665
所在地	下関市長府才川2丁目21-1	下関市南部町1-1 新館2階	山口氏朝田1980-7 国保会館
受付時間	8:30 ~ 17:00 年末年始を除く	8:30~17:15 土日祝、年末年始を除く	8:30~17:15 土日祝、年末年始を除く

1 4. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際の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。

(2) 訪問介護員の交替

①ご利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不相当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業所からの訪問介護員の交替

事業所の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

利用者は「4. 提供するサービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する支持・命令はすべて事業所が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更（契約書 介護予防訪問介護 第4条 参照）

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

①医療行為

②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

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④利用者の同居家族に対するサービス

⑤利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除、草刈り、植物の水やり等。

⑥利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）

⑦利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑧身体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）

⑨利用者又は家族に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

15. 苦情の受付について

当事業所では速やかに問題解決を図るため、苦情解決第三者委員会を設置し、苦情内容の確認、解決策の調整・助言をいただいております。

苦情解決第三者委員 百田 綾子（元下関市民生児童委員）

早川 糺（元老人保健施設さくら寮事務長）

鳥羽 栄子（長府地区住民）

16. 福祉サービス第三者評価事業の実施状況について

当事業所は実施しておりません。

附 則

この重要事項説明書は、平成 29年 4月 1日から施行する
一部改訂

平成29年 5月 1日	令和 5年11月 1日
平成29年 9月 1日	令和 6年 4月 1日
平成29年11月 1日	令和 6年 6月 1日
平成30年 2月 2日	
平成30年 3月 1日	
平成30年 4月 1日	
平成30年 6月 1日	
平成30年 8月 1日	
平成30年 9月 1日	
平成31年 3月 1日	
平成31年 4月 1日	
令和 元年 7月 1日	
令和 元年 8月 1日	
令和 元年 9月 1日	
令和 元年10月 1日	
令和 2年 1月 1日	
令和 2年 2月 1日	
令和 2年 4月 1日	
令和 2年 7月 1日	
令和 2年 9月 1日	
令和 2年10月 1日	
令和 3年 1月 1日	
令和 3年 3月 1日	
令和 3年 4月 1日	
令和 3年 6月10日	
令和 4年 1月 1日	
令和 4年 4月 1日	
令和 4年 6月 1日	
令和 4年 8月 1日	
令和 4年 9月 1日	
令和 4年10月 1日	
令和 5年 1月 1日	
令和 5年 3月 1日	
令和 5年 4月 1日	
令和 5年 7月 1日	

令和 年 月 日

私は、契約書内容及びサービス内容及び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

事業者は、この契約書によるサービスを誠実に責任をもって行います。

事業者 所在地 下関市長府才川二丁目21番1号

法人名 社会福祉法人 朋愛会

代表者氏名 理事長 木下 毅 印

私は、利用者へのサービス提供開始にあたり、契約書内容及びサービス内容及び重要事項について説明を行い同意を得ました。

令和 年 月 日

説明者職名 みどり園訪問介護事業所 サービス提供責任者

氏名 _____ 印

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者（サービス利用者）、事業者が記名捺印のえ、各1通を保有するものとします。