

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）重要事項説明書

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 しやくなげ園
法人所在地	山口県下関市大字田倉差葉82番地1
電話番号	083-256-5411
代表者氏名	理事長 佐藤 正昭
設立年月日	昭和54年12月18日

2. 事業所の概要

事業所の名称	しやくなげ園ヘルパーステーション
事業所の所在地	山口県下関市大字田倉差葉80番地2
管理者氏名	富永 賢治
事業所の種類 介護保険指定番号	第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）事業所 下関市 3570101216 号
電話番号	083-256-3670 FAX 083-256-3673
開設年月日	平成14年8月1日
事業の実施地域	下関市全域 (離島・旧豊浦・豊北・豊田・菊川町は除く)
営業日及び時間	営業日 年中無休（但し1月1日は休み） 営業時間 午前8時00分から 午後5時00分までとする。
当事業所の 運営方針	第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）は、介護保険法令の趣旨に従い、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。
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、サービスを提供することを目的とします。

3. 事業者が行っている他の業務

事業の種類	指定年月日	定員
軽費老人ホーム（A型）	昭和 55 年 12 月 1 日指定	70 名
有料老人ホーム	平成 5 年 9 月 30 日指定	14 名

4. 職員体制

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1 名
サービス提供責任者	1 第 1 号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の利用の申込みに係る調整を行います。 2 訪問型個別サービス計画の作成並びに利用者等への説明を行い、同意を得ます。利用者へ交付します。 3 第 1 号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の実施状況の把握及び訪問型個別サービス計画の変更を行います。 4 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 5 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 6 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 7 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。 8 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 9 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 10 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。	常 勤 2 名 (介護福祉士 2 名)
訪問介護員	1 訪問型個別サービス計画に基づき、日常生活を営むのに必要なサービスを提供します。 2 サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供します。 3 サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 4 サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。	常 勤 5 名 (介護福祉士 5 名) ※サービス提供責任者含む 非常勤 1 名 (介護福祉士 1 名)

5. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 常勤で勤務 (午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分)	4 週 8 休
サービス提供責任者	日勤 (午前 7 時 30 分～午後 7 時 00 分) 変形労働時間制	4 週 8 休
訪問介護員	日勤 (午前 7 時 30 分～午後 7 時 00 分) 変形労働時間制	4 週 8 休

6. 営業日及びサービス提供時間

営業日	月曜日から日曜日までとする。 ただし、1 月 1 日を除く。
サービス提供時間	午前 7 時 30 分から午後 7 時までとする。

7. サービスの内容

ご契約に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、介護予防サービス・支援計画に沿って訪問型個別サービス計画に定められます。

(1) 身体介護

- ア サービス準備・記録等
- イ 排泄・食事介助
- ウ 清拭・入浴、身体整容
- エ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- オ 起床及び就寝介助
- カ 服薬介助
- キ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助

(2) 生活援助

- ア サービス準備等
- イ 掃除
- ウ 洗濯
- エ ベッドメイク
- オ 衣類の整理・被服の補修
- カ 一般的な調理、配下膳
- キ 買い物・薬の受け取り

8. 利用料金

第 1 号訪問事業の適用がある場合は、料金表の 1 割（一定以上所得者の場合は 2 割又は 3 割）が利用者負担金となります。ただし、第 1 号訪問事業の適用がない場合

や第 1 号訪問事業の給付の範囲を超えたサービス費は事業者が別に設定し、全額が利用者の負担となります。

【基本部分】※身体介護及び生活援助

(1 単位 = 10 円)

サービス内容略称	算定項目		合成 単位数	算定単位
(訪問) 予防給付型 1 1	1 週当たりの標準的な回数を定める場合	(1) 1 週に 1 回程度の場合	1,176	1 月につき
(訪問) 予防給付型 1 1 日割			39	1 日につき
(訪問) 予防給付型 1 2		(2) 1 週に 2 回程度の場合	2,349	1 月につき
(訪問) 予防給付型 1 2 日割			77	1 日につき
(訪問) 予防給付型 1 3		(3) 1 週に 2 回を超える程度の場合	3,727	1 月につき
(訪問) 予防給付型 1 3 日割			123	1 日につき
(訪問) 予防給付型 2 1	1 月当たりの回数を定める場合	(1) 標準的な内容の予防給付型訪問サービスである場合		287
(訪問) 予防給付型 2 2		(2) 生活援助が中心である場合	a 所要時間 20 分以上 45 分未満の場合	179
(訪問) 予防給付型 2 3			b 所要時間 45 分以上の場合	220
(訪問) 予防給付型短時間サービス		(3) 短時間の身体介護が中心である場合		163

上記の基本利用料は、下関市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱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。

9. 加算について

加 算 項 目	加 算 内 容
初回加算	新規に介護予防サービス支援計画を作成した利用者に対して、初回に実施した第 1 号訪問事業（訪問型サービス）と同月内に、サービス提供責任者が自ら第 1 号訪問事業（訪問型サービス）を行う場合又は他の訪問介護員等が第 1 号訪問事業（訪問型サービス）を行う際に同行訪問した場合。 <u>初回月のみ 200 単位</u> を加算します。
介護職員等 処遇改善加算 I ロ	一月あたりの総単位数 × サービス別加算率 (基本料金 + 各種加算減算) (第 1 号訪問事業 28.7%)
厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定予防給付型訪問サービス事業所が、利用者に対し予防給付型訪問サービスを行った場合に加算する。	

10. 減算について

減 算 項 目	減 算 内 容	
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	所定単位数の 10%減算
	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	所定単位数の 15%減算
	同一の建物等に居住する利用者の割合が 100 分の 90 以上の場合	所定単位数の 12%減算

11. 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際して、要した交通費の実費をいただきます。

- (1) 事業所から片道 10 km 未満 1 回につき 500 円
- (2) 事業所から片道 10 km 以上 15 km 未満 1 回につき 1,000 円
- (3) 事業所から片道 15 km 以上は 1 回につき 1,500 円

12. その他の費用

サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話、買物・通院・外出介助等における訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、利用者の負担となります。

13. 利用料、利用者負担額のお支払い方法

利用料金は 1 ケ月ごとに計算し、利用者はこれを翌月末までに支払うものとします。支払方法は、ご契約の際に確認いたします。

14. 領収書の発行

事業者は、利用者から利用料、利用者負担額の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

15. 利用の中止、変更、追加

- (1) 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または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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申し出てください。
- (2) 第 1 号訪問事業において回数で利用される場合、利用の前日までに利用中止のご連絡がない時は、利用者は事業者へキャンセル料 500 円を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は不要とします。また、月単位の定額制で利用される場合、キャンセル料は不要とします。

※サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員等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。

16. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスの利用開始

まずは、担当の介護支援専門員にご相談下さい。サービス担当責任者がお伺いし、契約を締結しサービスの提供を開始します。

(2) サービス提供を行う訪問介護員等

サービス提供時に、担当の訪問介護員等を決定します。但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員等が交替してサービスを提供します。

(3) 訪問介護員等の交替

①利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員等の交替を希望する場合には、当該訪問介護員等が業務上不適当と認められる事情その他の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等の交替を申し出ることができます。

②事業者からの訪問介護員等の交替

事業者の都合により、訪問介護員等を交替することがあります。

訪問介護員等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。

(4) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

(5) 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、「7. 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第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の実施に関する指示・命令

第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）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

第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）実施のために必要な備品等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、電話等を使用させていただくことがあります。

(6) サービス内容の変更

サービス利用当日に、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、サービスの内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(7) その他

①当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族になどに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業所が破産した場合、利用者等は解約を通知する事によって即座にサービスを終了する事が出来ます。

②利用者が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当事業所や当事業所サービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

17. 個人情報保護・秘密の保持

個人情報保護法に基づき、個人の権利、利益を保護し、個人情報を適切に管理するため「個人情報保護方針」を定めています。

- (1) 訪問介護員等及び介護の従事に当たった者は、その業務上知り得た利用者及び利用者家族の個人情報を正当な理由なく第3者に漏洩しない。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続する。
- (2) 事業所の職員が退職後、在職中に知り得た利用者及び利用者の家族の個人情報を洩らすことがないように必要な措置を講じる。
- (3) 事業所は、医療機関及び他のサービス事業者等必要な機関に対し利用者及び利用者の家族に関する情報を提供する場合には、しゃくなげ園個人情報保護規程第5条の規定に基づき、個人情報取扱業務概要説明書の同意を得てから情報提供する。（個人情報取扱業務概要説明書及び同意書 別添）
- (4) 利用者本人及び家族からの要望に応じてサービス提供記録の開示に応じます。

18. 訪問介護員等の禁止行為

訪問介護員等は、利用者に対する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) 医療行為または医療補助行為
- (2) 利用者もしくはその家族からの物品等の授受
- (3) 利用者の家族等に対する第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の提供
- (4) 飲酒及び利用者もしくはその家族の同意なしに行う喫煙
- (5) 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- (6) その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

19. 事故発生時、緊急時の対応方法

第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の提供時に、事故及び緊急事態が発生した時にはあらかじめ承っている緊急連絡先及び下関市長寿支援課課にすみやかに連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	電話番号	
ご家族	氏名	
	電話番号	
下関市福祉部 長寿支援課支援係		電話：083-231-1340 FAX：083-231-1948
		下関市南部町1番1号

20. 苦情の受付について（契約書第28条参照）

（1）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。

苦情受付窓口担当者	サービス提供責任者 石橋 佑子
受付時間	平日 午前8時から午後5時00分まで （但し、1月1日は除く）
ご利用方法	電話、FAXまたは直接担当者にお申し出下さい。 電話：083-256-3670 FAX：083-256-3673 又は施設内ご意見箱へ投函してください。
苦情解決責任者	管理者 富永 賢治

（2）行政機関その他苦情受付機関は以下のとおりです。

下関市福祉部 長寿支援課支援係	下関市南部町1番1号
	電話：083-231-1340 FAX：083-231-1948
	受付時間 8：30～17：15 （土、日、祝日、年末年始を除く）
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	山口県山口市朝田1980番地7 国保会館
	電話：083-995-1010 FAX：083-934-3665
	受付時間 9：00～17：00 （土、日、祝日、年末年始を除く）

（3）第三者委員会制度があります。

第三者委員は2名設置。（施設内に掲示してあります。）

いつでも相談や苦情の対応を行って頂き、直接利用者の皆様がお気軽に相談できるよう配慮しています。

（4）提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

21. 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- （1）虐待防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底する。
- （2）虐待防止のための指針を整備し、必要に応じ見直しを行う。
- （3）職員に対し、虐待防止のための研修を定期的の実施する。
- （4）上記の措置を適切に実施するための担当者を置く。

22. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者への指定訪問介護を継続的に提供する

ため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

2 3. 衛生管理等について

- (1) 訪問介護員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めるものとします。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①感染症の予防又はまん延の防止のために安全対策委員会を設置し、定期的に会議を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を行うこと。
 - ②事業所における感染症の予防又はまん延の防止のための指針を整備すること。
 - ③職員に対し、感染症の予防又はまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。
- (4) 上記に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

2 4. 損害賠償責任保険

- (1) 事業者の責任により、ご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減免します。
- (2) ご契約者またはその家族等は、ご契約者及びその家族等が行った管理者、訪問介護員への不当な流言・中傷に起因して損害が生じた場合、その賠償責任があります。
- (3) ご契約者またはその家族等により、管理者及び訪問介護員への不当な暴力・迷惑行為があった場合には、直ちにサービス提供を停止して損害が生じた場合には損害賠償を請求します。
- (4) 賠償責任保険…東京海上日動を幹事として3社の共同保険に加入。

説明日

令和 年 月 日

第1号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の提供の開始に際し、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明、交付しました。

＜事業者＞

所在地 下関市大字田倉字差葉 82 番地 1

法人名 社会福祉法人しゃくなげ園

代表者名 理事長 佐藤正昭

事業所名 しやくなげ園ヘルパーステーション

説明者氏名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業所の職員から第 1 号訪問事業（予防給付型訪問サービス）についての重要事項の説明、交付を受け、第 1 号訪問事業（予防給付型訪問サービス）の提供開始に同意いたします。

同意日

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏 名

(ご家族または代理人)

住所

氏 名

本人との関係 ()