

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問介護相当サービス・サービスA（緩和型））
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	社会福祉法人 晋栄福祉会
主たる事務所の所在地	〒571-0026 大阪府門真市北島町12番20号
代表者（職名・氏名）	理事長 濱田 和則
設 立 年 月 日	平成5年6月1日
電 話 番 号	072-881-8201

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	くすのき介護センター市役所前	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業 （訪問介護相当サービス・訪問型サービスA（緩和型））	
事 業 所 の 所 在 地	〒571-0055 大阪府門真市中町11番96号	
電 話 番 号	06-6902-8666	
指定年月日・事業所番号	平成16年4月1日指定	2772600892
実 施 単 位	訪問介護相当サービス	訪問型サービスA（緩和型）
	1,176単位/月	180単位/日
通常の事業の実施地域	守口市、門真市	

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1号訪問事業（訪問介護相当サービス・サービスA（緩和型））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。

なお、訪問型サービスA（緩和型）では身体介護は行いません。
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、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
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、薬の受け取り、衣服の整理など

5. 営業日時

営 業 日	日曜日から金曜日まで（祝日を含む）
営 業 時 間	午前9時から午後5時まで
サービス提供時間	午前 7 時から午後 10 時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
サービス提供責任者	常勤 1人
訪問介護員	8人

7. サービス提供の担当者

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。

サービス提供責任者の氏名	太 友美
--------------	------

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、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・訪問型サービス A の利用料

※別表参照

（２）キャンセル料

利用予定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、あなたの体調や容態の急変など、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	キャンセル料
24 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
12 時間前までのご連絡の場合	1 提供あたりの料金の 10% の額
12 時間前までにご連絡がなかった場合	1 提供あたりの料金の 50% の額

（３）その他の費用について

① サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用については、利用者の別途負担となります。

② 通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費は実費相当を請求いたします。

（４）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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、お渡しします。

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月毎の合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 請求月の30日までに、下記の方法によりお支払い下さい。 （ア）現金支払い イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。 （医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から７日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

９．衛生管理等について

- (1) 従事者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 事業所内における感染症が発生の予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。
- ① 感染症対策を検討する委員会を開催し、その結果を周知します。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

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	

１１．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くすのき広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、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	株式会社 損害保険ジャパン
保 険 名	社会福祉法人 全国社会福祉協議会 社会福祉設総合損害賠償 「しせつの損害補償」
補償の概要	施設業務（サービス）はもとより、居宅介護事業、配食サービス・居宅介護事業なども含めた医療行為を除くすべての業務が対象

1 2. 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	電話番号 06-6902-8666
	面接場所 当事業所の相談室

(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	守口市 高齢介護課	所在地 守口市京阪本通2丁目5番5号 電話番号 06-6992-1610 受付時間 午前9時～午後5時30分
	門真市 高齢福祉課	所在地 門真市中町1番1号 電話番号 06-6902-6301 受付時間 午前9時～午後5時30分
	大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通F Nビル内5階 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時～午後5時

1 3. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に対する事業提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、次の措置を講じます。

- (1) 感染症や災害に係る業務継続計画を策定します。
- (2) 従業者に対する業務継続計画の周知、感染症及び災害に係る研修及び訓練を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直し及び変更を行います。

1 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませ。
- ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

15. 虐待の防止について

ア. 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者は下記のとおりです。

虐待防止に関する担当者	総合施設長 大北 淳
虐待防止に関する担当者	管理者 太 友美

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 利用者及びその家族等からの苦情処理体制を整備しています。
- (4) 虐待防止対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知します。
- (5) 虐待防止のための指針を整備します。
- (6) 虐待防止を啓発・普及するための研修を従業者に対して年 1 回実施しています。
- (7) 事業者は、サービス提供中に、従業者や利用者の家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに保険者に通報します。

イ. 身体拘束について

- (1) 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するためのやむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合にあっては、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (3) 緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の 3 つの要件を満たすことについて、組織として要件の確認等を慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録します。

16. 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

17. 介護予防支援事業者等との連携

- (1) サービスの提供にあたり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「個別サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者等に速やかに送付します。サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

18. サービス提供の記録

- (1) サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容等について記録を行い、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 上記のサービス提供記録は、そのサービスの提供完結の日から 5 年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して、保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

19. 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。

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 大阪府門真市中町 11 番 96 号
事業者名 社会福祉法人 晋栄福祉会
代表者職・氏名 濱田 和則
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