

介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防訪問事業）

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. 事業者の概要

事業者（法人）の名称	医療法人美甘会
主たる事務所の所在地	〒717-0007 真庭市本郷1819番地
代表者（職名・氏名）	理事長 竹内義明
設立年月日	昭和31年10月1日
電話番号	0867-44-3161

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーションわたぼうし
サービスの種類	介護予防訪問事業
事業所の所在地	〒717-0007 真庭市本郷1825番地6
電話番号	0867-44-4550
管理者の氏名	難波登貴子
通常の事業の実施地域	真庭市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援者または事業対象者が、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、居宅における生活支援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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止若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

介護予防訪問事業は、訪問介護員等の事業従事者が利用者のお宅を訪問し、掃除、洗濯、調理、買い物等の家事援助、入浴、排泄、食事等のサービス提供に専門的技術

サービスが必要とされる身体介護、その他日常生活上のお世話を総合的に提供するものとします。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日は除く）
営業時間	8時から18時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	訪問介護員2.5人以上
管理者	常勤 1人
サービス提供責任者	常勤 1名以上
訪問介護員	常勤（ ）人以上、（管理者、サービス提供責任者を含む）

7. 訪問事業の責任者

あなたへの訪問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	難波登貴子
------------	-------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「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、原則として利用料の1割（一定以上の所得のある方は介護保険負担割合証のとおりとする）

（1）介護予防訪問事業

介護予防訪問介護費（1） 週1回程度の利用が必要な場合	要支援1・要支援2 1,176単位/月	利用者負担金1割 1,176円
介護予防訪問介護費（2） 週2回程度の利用が必要な場合	要支援1・要支援2 2,349単位/月	利用者負担金1割 2,349円
介護予防訪問介護費（3） (2)の回数を超える必要が認められた場合	要支援2 3,727単位/月	利用者負担金1割 3,727円

初回加算

新規に個別サービス計画書を作成した場合、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が訪問介護を行う場合または他の訪問介護員が訪問介護を行う際に同行訪問した場合 200単位/月

介護職員等処遇改善加算 新加算Ⅲ 所定単位数に18.2%加算

介護職員の処遇改善が後退しないよう更なる資質向上の取り組み、雇用管理の勧善、労働環境の改善の取組を進める事業者を対象に、厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が算定できる加算

(注1) 上記の利用料は、真庭市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて事業所から直接請求されますので、次のいずれかの方法によりお支払ください。

支払い方法	支払い要件等
口座振り込み	サービスを利用した月の翌月の最終日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業所が指定する口座へお振り込みください。
口座引き落とし	請求書を送付しますので、サービス利用した月の翌月指定日前日までに残高の確認をお願いします。
現金でのお支払い	現金払いの場合には、事業所へお支払いをお願いします。

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。

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	

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（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 高齢者虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその発生を防止するため、虐待防止のための対策委員会を定期的に開催するとともに指針を整備し、訪問介護員に対する研修等を実施していきます。またサービス提供中に訪問介護員又は養護者による虐待を発見した場合には、速やかに市町村に報告していきます。

12. 身体拘束の適正化

事業所は、利用者又は他利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等は行いません。緊急やむを得ない場合は、指針に基づき事業所全体で判断し、高齢者本人や家族に対して十分に説明し理解を求めます。また、身体拘束に関する理由等記録をします。

13. 衛生管理等

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 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来る）を、概ね6か月に1回以上開催するとともにその結果について、従業者に周知徹底をします。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

14. ハラスメント対策

事業所は、職員におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。また利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷の迷惑行為・セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。ハラスメント事案が発生した場合は指針に基づき会議等開催するとともに、再発防止策を検討し、ハラスメントと判断された場合には関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用者契約解除等の措置を講じます。

15. 事業継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. 社会情勢及び天災時について

社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、事業所の義務の履行が難しい場合は、日程・時間の調整をさせていただく場合があります。また、事業所の義務の履行が遅延、もしくは不能になった場合、それによる損害賠償責任を事業者は負わないものとします。

17. 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 担当者：難波登貴子	電話番号 0867-44-4550
----------------------	-------------------

（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 真庭市高齢者支援課	電話番号 0867-42-1074
岡山県国民健康保険団体連合会	電話番号 086-223-8811

18. 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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和6年6月1日から施行

令和7年12月1日から施行

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 真庭市本郷1819番地

事業者（法人） 医療法人美甘会

代表者 理事長 竹内義明

事業所 所在地 真庭市本郷1825番地6

事業所 ヘルパーステーションわたぼうし

説明者 管理者 難波登貴子

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

代理人（署名代行者）

住 所

本人との続柄

氏 名