

健楽園ホームヘルパーセンター

「介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業(訪問型サービス)」

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。
(山形県指定 第 0670700335 号)

当事業所は、ご利用者に対して鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス（現行相当・サービスA）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目 次

1 事業者	1
2 事業所の概要	3
3 事業実施地域及び営業時間	3
4 従業員の配置状況	3
5 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
6 サービスの利用に関する留意事項	6
7 サービス利用をやめる場合	6
8 身体的拘束について	7
9 緊急時の対応	8
10 非常災害対策	8
11 虐待の防止について	8
12 衛生管理等について	8
13 業務継続計画の策定等について	8
14 事故発生時の対応	9
15 損害賠償について	9
16 苦情の受付について	9
17 福祉サービス第三者評価実施状況	10
18 個人情報使用同意書	10

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人一幸会^{いっこうかい}
- (2) 法人所在地 鶴岡市美原町 4 番 40 号
- (3) 電話番号 0235—25—2881
- (4) 代表者氏名 理事長 北楯 祥子
- (5) 設立年月日 平成元年 6 月 13 日
- (6) 事業者が行っている業務

介護老人福祉施設池幸園	指定介護老人福祉施設サービス
池幸園ショートステイみはら（空床型）	指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護
サテライト池幸園	指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
池幸園ショートステイ	指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護
デイサービスセンター健楽園	指定通所介護 鶴岡市通所型サービス（現行相当）
健楽園ホームヘルパーセンター	指定訪問介護 鶴岡市訪問型サービス（現行相当・サービス A） 指定障がい福祉サービス（居宅介護重度訪問介護）
健楽園居宅介護支援センター みはら	指定居宅介護支援
健楽園地域包括支援センター	鶴岡市委託事業・指定介護予防支援
小規模多機能型居宅介護支援施設 健楽園「つどい」	指定小規模多機能型居宅介護 指定介護予防小規模多機能型居宅介護
さん・陽光	登録サービス付き高齢者向け住宅

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防訪問介護事業所・平成 18 年 3 月 14 日指定
山形県知事・指令総福第 243 号
鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業（訪問型サービス）
- (2) 事業の目的
要支援状態等の利用者に対してその利用者が可能な限りその居宅において要支援状態等の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態になることを予防し、自立した日常生活を営むことが出来るよう、生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身状態の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指すことを目的とします。
- (3) 事業所の名称 健楽園ホームヘルパーセンター
- (4) 事業所の所在地 鶴岡市美原町 3 番 7 号
- (5) 電話番号 0235-25-3047 FAX 0235-25-0797
- (6) 事業所長名 所長 瀧澤享子
- (7) 事業所の運営方針
利用者の意志及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
また、事業の実施に当たっては、地域との結びつきを尊重し、鶴岡市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (8) 開設年月日 平成 29 年 4 月 1 日

3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域
(1) 鶴岡市の第 1 学区から第 6 学区とします。
- (2) 営業日及び営業時間
- ① 営業日 月曜日～金曜日まで
ただし、年末年始（12 月 31 日～1 月 2 日）を除きます。
- ② 営業時間 月曜日～金曜日まで 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで
- ③ サービス提供時間 午前 9 時～午後 6 時まで

4 従業員の体制

当事業所では、ご利用者に対して訪問型サービス(現行相当・サービス A)を提供する従業員として、以下の職種の従業員を配置します。

従業員の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1 名 (兼務)	0 名	管理者は、従業員及び業務の管理を一元的に行うとともに、訪問型サービスの実施に関し、事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。

サービス提供責任者 (訪問事業責任者)	3名	0名	訪問型サービス個別計画等の作成等を行い、利用の申し込みに係る調整をすること等。
訪問介護員 介護福祉士 初任者研修終了者等	3名 0名	4名 1名	個別サービス計画等に基づき訪問型サービスの提供にあたる。

※ 従業員の配置については、指定基準を遵守しています。

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者のご家庭を訪問し、サービス提供をします。

当事業所が提供するサービスについて、次の2つの場合がありますのでご注意ください。

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合は一部負担となります。
- ② 介護保険の給付対象外サービスは、提供することが出来ません。

(1) 提供するサービスの内容 ※身体介護は現行のみのサービスとなります

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) 排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭、入浴介助、服薬介助、通院・外出介助等
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、買物、薬の受け取り、衣類の整理等

(2) 訪問型サービスの利用料

【従前の介護予防訪問介護相当】身体介護を含む利用料金

サービス名称	サービス費用	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型独自サービス21 *標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合	2,870円	287円	574円
訪問型独自サービス11 (1週に1回程度の場合)	11,760円	1,176円	2,352円
訪問型独自サービス12 (1週に2回程度の場合)	23,490円	2,349円	4,698円
訪問型独自サービス13 (1週に2回程度の場合)	37,270円	3,727円	7,454円

【従前の介護予防訪問介護相当】生活援助のみの利用料金

サービス内容	サービス費用	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)
訪問型独自サービス／2 2 1 ＊生活援助が中心である場合	2, 2 0 0 円	2 2 0 円	4 4 0 円

【訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）】

サービス内容	サービス費用	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)
訪問型独自サービス／3 2 1 ＊標準的な内容の指定相当訪問サービスである場合	2, 2 0 0 円	2 2 0 円	4 4 0 円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から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		
		基本利用料	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者にサービス提供責任者が初回のサービス提供をした場合等	2, 0 0 0 円	2 0 0 円	4 0 0 円
介護職員等处遇改善加算Ⅰ（1 月）	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の 2 4, 5 %		

※サービスAの利用には加算はありません。

（3）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、ご利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情が有る場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問現行相当サービスで、利用料が月単位定額の場合は、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
利用予定日の前日夕方 5 時以降、及び当日	当日の利用料金（自己負担相当額）

(4) 交通費

通常の事業の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、サービス提供に際し、要した交通費の実費 1 回 250 円をいただきます。

(5) 利用料金のお支払い方法

上記(2)及び(3)の利用料金、その他の費用は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払ください。

支払い方法	支払い要件等
口座から引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 26 日（祝休日の場合は平日）に利用者が指定する金融機関の口座より引き落としによる支払いとなります。

※口座からの引き落とし手数料は別途ご負担いただきます。

6 サービスの利用にあたっての留意事項

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出来ませんので、あらかじめご了承ください。

- ① 医療行為や医療補助的行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭貸借など、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
- ④ 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します。
- ⑤ 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。

7 サービス利用をやめる場合(契約終了について)

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することが出来ます。仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① ご利用者が死亡した場合② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合③ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑥ ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照ください) |
|--|

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約期間中は、ご利用者から利用契約を解約することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の1週間前までに解約届出書をご提出ください。

ただし以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① ご利用者が長期入院した場合
- ② ご利用者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ③ 事業者又はサービス従事者が正当な理由なく、ご利用者との契約に定める訪問型サービス（現行相当・サービスA）を実施しない場合
- ④ 事業者又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者又はサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(2) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8 身体的拘束について

- (1) 当事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者本人又は従業者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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 当事業所は、やむを得ず前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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) 当事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、介護従業者その他従業者に周知徹底を図ります。
 - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備。
 - ③ 介護従業者その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための定期的な研修の実施。

9 緊急時の対応

当事業所は、サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

10 非常災害対策

- (1) 当事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行います。

- (2) 当事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

11 虐待の防止について

- (1) 当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、担当者を設置し次の措置を講じます。
- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について、従業員への周知徹底を図る。
 - ②虐待防止のための指針の整備。
 - ③虐待を防止するための定期的な研修の実施。
- (2) 当事業所は、サービス提供中に、従業員又は養護者（入所者の家族等当該者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

12 衛生管理等について

- (1) 当事業所は従業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) 当事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 当事業所は、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。
- ① 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開催し、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
 - ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業員に対し、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実施します。
 - ④ ①～③に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

13 業務継続計画の策定等について

- (1) 当事業所は、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の、及び非常時の体制で早期に業務再開を図るための計画（「業務継続計画」）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、従業員に対し、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実施します。
- (3) 当事業所は、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。

14 事故発生時の対応

サービス提供中において、万一、事故が発生した場合は、速やかに事故内容及び経過を
身元引受人及び自治体等への報告を行うとともに、必要な措置を講じ、記録します。

当事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

15 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかに
その損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認め
られる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められた時に限り、事業者
の損害賠償を減じる場合があります。

16 苦情の受付について(契約書第 23 条参照)

(1) 苦情の受付

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ます。

○ 苦情受付窓口(担当者)

職氏名 サービス提供責任者 山村 ミカ
受付時間 月曜日から金曜日まで
午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
連絡先 電話番号 0235-25-3047
F A X 0235-25-0797

○ 苦情解決責任者

職氏名 所長兼サービス提供責任者 瀧澤享子

(2) 苦情解決第三者委員

必要に応じて第三者委員の立会のもと苦情の解決が図れるよう、委員を配置しています。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

鶴岡市役所 健康福祉部長寿介護課	所在地 鶴岡市馬場町 9 番 2 5 号 電話番号 0235-25-2111 (代表) 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで(月～金)
山形県国民健康保険団体 連合会	所在地 寒河江市大字寒河江字久保 6 番地 電話番号 0237-87-8006 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時まで(月～金)
山形県福祉サービス運営 適正委員会(社会福祉法人 山形県社会福祉協議会)	所在地 山形県小白川町 2 丁目 3 番 31 号 電話番号 023-626-1755 受付時間 午前 9 時～午後 4 時まで(月～金)

17 福祉サービス第三者評価実施状況

項 目	内 容
(1) 実施の有無	☒ 有 ・ 無
(2) 実施年月日(直近実施日)	平成 25 年 9 月 9 日
(3) 実施した評価機関	学校法人 東北公益文科大学
(4) 評価期間の開示状況	独立行政法人 福祉医療機構

18 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族を含む。）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

利用者の居宅サービス計画・施設サービス計画書（ケアプラン）に沿って円滑なサービスを提供するため、次の事項に使用すること。

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更時
- ②利用者のケアプランを立案・サービスの提供を行うための担当者的会議での情報提供
- ③医療機関、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）等との連絡調整
- ④利用者が、医療サービスの利用を希望する場合及び主治医等の意見を求める場合
- ⑤その他介護サービス提供で必要な場合（緊急を要する場合を含む。）

2. 使用する事業所の範囲

居宅サービス計画に定められた事業所とする。

3. 使用する期間

契約締結の日から契約満了の日までとする。但し、契約が更新された場合はその更新の満了の日までとする。

4. 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ③ 個人情報を使用した会議名、相手方、内容等を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

事業者

法人名 社会福祉法人一幸会
住 所 鶴岡市美原町 3 番 7 号
名 称 健楽園ホームヘルパーセンター

説明者職名 _____
氏 名 _____ 印

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

利用者(契約者)

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人(利用者が記名押印できない場合)

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____