

介護予防・日常生活支援総合事業

第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供させていただくに際し、契約を締結する前に、知っておいていただきたい当事業所の内容を説明させていただきます。

1. 第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）を提供する事業者について

事業者名称	医療法人 協和会
主たる事務所の所在地	兵庫県川西市火打 1 丁目 7 番 13 号
代表者名	理事長 北川 透
設立年月日	昭和 57 年 8 月 24 日
電話番号	072-758-7223

2. ご利用者へサービス提供を担当する事業所について

（1）事業所の所在地など

事業所の名称	医療法人 協和会 協立ヘルパーステーション
サービスの種類	第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）
施設の所在地	兵庫県川西市中央町 15 番 27 号
開設年月	平成 28 年 9 月 1 日
介護保険事業所番号	2873102509
管理者の氏名	金子 文乃
サービス提供実施地域	川西市
電話番号	072-758-6624
FAX 番号	072-757-8591

(2) 事業の目的、運営方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者であるご利用者が、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、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、ご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、ご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。

(3) ご利用事業所の職員体制

職 種	従事する業務内容	人員
管 理 者	職員管理業務等	1 名（常 勤）
サービス提供責任者	サービス利用の受付と個別サービス計画の作成等	4 名（常 勤）
介 護 福 祉 士	第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）の提供	5 名（常 勤） 5 名（非常勤）
ホームヘルパー1 級		1 名（常 勤） 0 名（非常勤）
ホームヘルパー2 級		0 名（常 勤） 2 名（非常勤）

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日 時	月曜日から日曜日 （12 月 30 日から 1 月 3 日は除く） 午前 8 時 30 分から午後 5 時まで
---------	--

(5) サービス提供日時

サービス提供日時	月曜日から日曜日 （12 月 30 日から 1 月 3 日は除く） 午前 8 時 30 分から午後 5 時まで
----------	--

(6) 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供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。

管 理 者	金子 文乃
サービス提供責任者の氏名	

3. 提供するサービスの内容

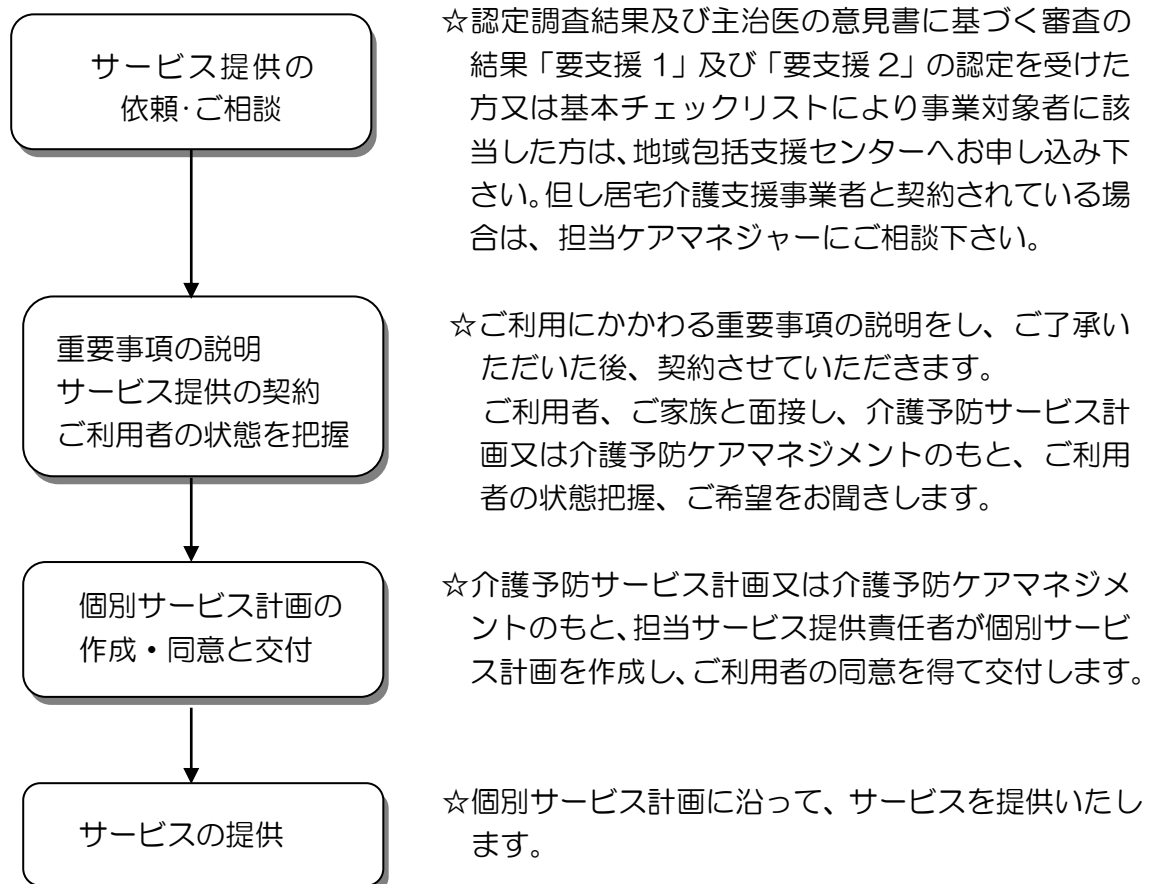
第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）は、訪問介護員等がご利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の援助を行うサービスです

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。

身体介護	ご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、体位変換、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ご利用者に対して、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

4. サービスの利用方法

（１）サービスの開始までの流れ（契約書第3条）



(2) サービスの終了（契約書第 19 条）

ご利用者は、事業所に対して、7 日以上 の 予告期間をもって通知することにより、予告期間満了日をもって契約は解除されます。

但し、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事由がある場合は、契約終了希望日の 1 週間以内の通知でもこの契約を解除することが出来ます。

5. 利用料金（契約書第 8 条）

第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）をご利用の場合は、原則として月単位の定額報酬の法令で定める割合がご利用者の自己負担額となります。（負担割合は負担割合証でご確認下さい。）したがって、個別サービス計画に定めた期日より少なかったり、多かった場合、または月の途中から利用を再開したり月の途中で終了した場合であっても原則月単位の定額報酬とし、日割り計算は行いません。

但し月途中に①要介護から要支援及び事業対象者に変更となった場合、②要支援及び事業対象者から要介護に変更となった場合、③要支援区分が変更となった場合、④同一保険者管内での転居等により事業者を変更した場合、⑤月途中にサービスを新規で契約し、利用を開始される場合は、日割り計算を行い報酬の法令で定める割合が自己負担額となります。なお、保険対象外のご依頼に対しては、全額自己負担となります。

(1) 料金表（単位：円）

対象	利用頻度	要支援 1	要支援 2 事業対象者	基本料金 (1 月あたり)	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)	利用者負担 (3 割)
訪問型サービス (独 自) 11	週 1 回程度の 利用が必要な場合	○	○	12,583	1,259	2,517	3,775
訪問型サービス (独 自) 12	週 2 回程度の 利用が必要な場合	○	○	25,134	2,514	5,027	7,541
訪問型サービス (独 自) 13	訪問型サービス(独 自) 12 を超える利 用が必要な場合	×	○	39,878	3,988	7,976	11,964

※高齢者虐待防止措置が未実施の場合は、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算

※上記の基本料金は、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、これら基本料金も自動的に改定されます。

その他のサービス加算料金（単位：円）

項 目	内 容	基本料金	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)	利用者負担 (3 割)
初回加算 (1 月につき)	新規に個別サービス計画を作成したご利用者に対して、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、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合	2,140	214	428	642

生活機能 向上連携 加算(Ⅰ)	・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部の介護予防通所リハビリテーション事業所等又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則 200 床未満)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師の助言(アセスメント・カンファレンス)を受ける体制を構築し、助言を受けた上でサービス提供責任者が生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成(変更)していること ・当該計画に基づく初回の訪問介護が行なわれた日の属する月に算定可	1,070	107	214	321
生活機能 向上連携 加算(Ⅱ)	・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、サービス提供責任者が外部の介護予防通所リハビリテーション事業所等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医療提供施設(原則 200 床未満)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師と利用者宅を訪問して行うリハビリテーションに同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき個別サービス計画を作成(変更)していること ・当該計画に基づく初回の訪問介護が行なわれた日の属する月から3ヶ月間、算定可	2,140	214	428	642
口腔連携 強化加算 (1 月に 1 回)	利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を行い、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合(評価を行うにあたり歯科医療機関との相談体制が確保されている旨文書等で取り決められていること)	535	54	107	161

(単位:円)

- ① 川西市の地域単価は、基本単価 10 円に対し、第 1 号訪問事業(介護予防型訪問サービス)は 10.7 円です。
- ② 日割り計算方法は、定額報酬単位を 30.4 日で割り(四捨五入)、契約期間日数と地域単価 10.7 円を掛けた金額です。
- ③ ご利用者には保険料などの滞納がある場合は、介護保険適用であっても一旦利用料は全額自己負担となります。当事業所はサービス提供証明書を発行いたします。
- ④ 介護職員の人材確保の推進に向け、処遇改善の為に賃金体系の整備・研修の実施・職場環境の改善等の取り組みを行い、経験や知識・技能を持つ介護福祉士が 30%以上配置されている事業所として介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を取得しています。

- ⑤ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）として当該加算を除く加減算後の総報酬単位数に、24.5%分を乗じる金額を負担割合証の割合に応じた金額をご負担頂きます。
- ⑥ 保険適用外のサービスについては、「介護保険適用外サービス契約書」にてご説明いたします。尚、金額等内容を変更する場合は、2ヶ月前までに書面にて提示いたします。

（２）料金の請求及びお支払方法（契約書第８条）

利用料・その他 費用の請求方法	毎月 15 日前後の訪問日に当事業所の訪問介護員が前月分の請求書を持参いたします。
お支払い方法	- 郵便局又は銀行による「自動引落し」とさせていただいておりますので手続きをお願い致します。 ＜郵便局引落しの場合＞ - 毎月 27 日に引落しさせていただきます。 27 日に引落しが出来ない場合は、翌月の 6 日に再引落しさせていただきます。 ＜銀行引落しの場合＞ - 毎月 28 日に引落しさせていただきます。
	現金にてお支払いの場合は、集金袋を用意いたしますので、おつりがない様ご準備の上、請求月末日までにお支払い下さい。
領収書の発行	「自動引落し」の領収書は翌月の 10 日以降に発行致します。 「自動引落し」領収日は引落し完了日となります。
	お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しします。再発行はいたしかね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なことがあります。）

※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お支払いについて、正当な理由が無いにもかかわらず、支払期日から２月以上遅延し、さらに支払い督促から 14 日以内にお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。

（３）利用の中止、変更、追加（契約書第９条）

- 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下さい。
- ② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況によりご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ご利用者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス契約時に、担当の訪問介護員を決定します。

但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替（契約書第 6 条）

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適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。但し、ご利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、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ご利用者及びそのご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（契約書第 7 条）

① 定められた業務以外の禁止

ご利用者は個別サービス計画に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 サービスの実施に関する指示・命令

事業者は、サービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとし、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。

③ 備品等の使用

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) 訪問介護員の禁止行為（契約書第 15 条）

訪問介護員は、ご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

② ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭又は物品の授受

③ ご利用者のご家族等に対するサービスの提供

④ 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

⑤ ご利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）

⑥ 飲酒及び喫煙

⑦ ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑧ その他ご利用者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

7. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 有	実 施 日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 ・ 無
	② 無		

8. 虐待の防止（契約書第 25 条）

事業者は、ご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 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 金子 文乃
-------------	-----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご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。

9. 緊急時の対応（契約書第 12 条）

サービスの提供中にご利用者の容態の変化等があった場合は、ご利用者の主治医、または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡するとともに、管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

協力医療機関	名 称	川西市立総合医療センター
	所 在 地	兵庫県川西市火打 1 丁目 4 番 1 号
	電 話 番 号	0570-01-8199 （ナビダイヤル）
	診 療 科	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 腎臓内科・糖尿病・内分泌内科・血液内科 神経内科・ペインクリニック内科・外科 消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科・脳神経外科 整形外科・形成外科・産婦人科・小児科 耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・泌尿器科 精神科・救急科・放射線科・麻酔科・病理診断科 リハビリテーション科
	入 院 設 備	有

10. 事故発生時の対応（契約書第16条・17条）

（1）サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市区町村、ご家族、担当の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の第1号訪問事業（介護予防型訪問サービス）により、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

当事業者は、以下の内容で損害賠償保険に加入しています

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険
保障の概要	対人・人格権侵害・対物・管理受託物

（2）飼育する動物に噛まれた（咬傷）場合の損害賠償請求

ご利用者が飼育する動物によって被害を受けたサービス従事者は、その飼い主に對して損害賠償請求（第三者行為にて請求）をいたします。サービス従事者による過失事故についてはこの限りではありません。

11. 守秘義務と個人情報の保護（契約書第14条）

ご利用者及び そのご家族に 関する守秘義務	①事業者は、ご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り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ②事業者、サービス従事者又は従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
個人情報の保護及び 情報開示	①事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びご家族の個人情報を用いることができるものとします。 ②事業者は、ご利用者及びご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、ご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、追加また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ご利用者の負担となります。）

12. サービスに関する相談・要望・苦情申立（契約書第 24 条）

当事業所が提供した第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）に関する相談・苦情は、事業所のご利用者相談窓口までご連絡下さい。速やかに対応いたします。

また、市区町村や国民健康保険団体連合会等にも相談窓口があります。

（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付けます。

医療法人 協和会 協立ヘルパーステーション	担当者 <u>金子 文乃</u> (月曜日～金曜日) 午前 8:30～午後 5:00 TEL 072-758-6624 FAX 072-757-8591
--------------------------	--

（２）行政機関その他苦情受付機関

川西市福祉部 介護保険課	(月曜日～金曜日) 午前 9:00～午後 5:00 TEL 072-740-1149 FAX 072-740-2003 所在地 川西市中央町 1 2 番 1 号
川西地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 8:30～午後 5:00 TEL 072-755-1041 FAX 072-789-1437 所在地 川西市中央町 1 5 番 2 7 号
多田地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 8:30～午後 5:00 TEL 072-790-1301 FAX 072-790-1303 所在地 川西市平野 2 丁目 11 番 5 号
東谷地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 8:45～午後 5:30 TEL 072-790-4055 FAX 072-790-4172 所在地 川西市丸山台 3 丁目 5 番 6 号
清和台地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 9:00～午後 6:00 TEL 072-799-6800 FAX 072-799-6232 所在地 川西市清和台東 2 丁目 4 番 3 2 号
明峰地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 9:00～午後 5:30 TEL 072-793-2703 FAX 072-793-0635 所在地 川西市西多田字平井田筋 5
川西南地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 8:45～午後 5:30 TEL 072-755-3315 FAX 072-755-1314 所在地 川西市加茂 3 丁目 1 3 番 2 6 号
緑台地域包括支援センター	(月曜日～金曜日) 午前 9:00～午後 5:30 TEL 072-792-6055 FAX 072-792-7055 所在地 川西市水明台 1 丁目 1-198
兵庫県国民健康保険 団体連合会	(月曜日～金曜日) 午前 8:45～午後 5:15 TEL 078-332-5617 FAX 078-332-5650 所在地 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号

令和 年 月 日

第 1 号訪問事業（介護予防型訪問サービス）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 所在地 兵庫県川西市中央町 15 番 27 号

事業所 医療法人 協和会
協立ヘルパーステーション



氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 (署名) _____

上記代理人（代理人を選定した場合）

住 所 _____

氏 名 (署名) _____ (続柄:)

