

介護予防訪問介護・訪問介護相当サービス 重要事項説明書

この介護予防訪問介護サービス・訪問介護相当サービス重要事項説明書は、サードステージ株式会社が開設する在宅支援サービス ゆたか(以下、「本事業所」とします)が、お客様に介護予防訪問介護サービス・訪問介護相当サービス(以下、「本サービス」とします)が提供するにあたり、お客様やそのご家族に対し、本事業所の事業運営規程の概要や勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載したものです。

1 介護予防訪問介護サービス・訪問介護相当サービスの目的及び運営方針

本事業所は、要支援状態にあるお客様に対し、その有する能力に応じて、可能な限りその居宅において、要支援状態の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことが出来る様、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、お客様の心身機能の維持回復を図り、もってお客様の生活機能の維持または向上を目指すことを目的として、本サービスを提供いたします。

2 基本方針

本事業所は、次に掲げる基本方針に基づき事業を運営するものとします。

- お客様の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 地域との結びつきを重視し、市区町村、指定居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 従業者の教育研修を重視し、提供するサービスの質について、常にその改善に努めます。
- お客様の心身機能の向上、環境調整等を通じて、お客様の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行います。
- お客様の意欲を高めるような適切な働きかけを行います。
- お客様の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- お客様の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替えサービスを利用する等、効率性・柔軟性を考慮した上で、お客様の出来ることはお客様が行うことを基本としたサービス提供に始めます。

3 実施手順に関する具体的方針

本事業所は、次に掲げる具体的方針に基づき本サービスを実施するものとします。

- サービス提供の開始に当たり、お客様の心身状況等を把握します。
- 個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービス計画を作成します。
- 介護予防サービス計画・訪問介護相当サービスが作成されている場合は、当該計画に沿って介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービス計画を作成します。
- 介護予防訪問介護計画・訪問介護現行相当サービス計画の作成後、介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行います。
- モニタリング結果を指定居宅介護予防支援事業者へ報告します。

4 会社概要

法人名称	サードステージ株式会社
法人所在地	山形県鶴岡市友江字川向61番地7
代表番号	0235-64-1662
代表者氏名	堀 将
設立	平成24年3月15日
実施事業	介護保険法に基づく介護福祉事業

5 訪問介護サービスを提供する事業所

1. 本事業所の概要は以下の通りです。

本事業所の名称	在宅支援サービス 澄花
所在地	山形県鶴岡市大山字堤下2番31号
電話番号等	0234-35-1667
指定事業者番号	0670801760
実施サービス	介護予防訪問介護・訪問介護相当サービス
通常の事業の実施地域	鶴岡市
備考	本事業所の設備については、併設する指定訪問介護サービス事業所の設備と共用するものとします。

2. 本事業所の営業日及び営業時間は次のとおりです。

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	午前9:00～午後18:00まで
休業日	なし
備考	居宅サービス計画により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

3. 本事業所の従業者体制は次のとおりです。(兼務あり)

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1人		1人	介護福祉士
サービス提供責任者	2人	0人	2人	介護福祉士
訪問介護員 (ホームヘルパー)	5人	0人	5人	介護福祉士・介護職員基礎研修修了者
				介護職員初任者研修修了者
その他・事務職員等	0人	0人	0人	訪問介護員養成研修1・2級課程修了者
	1人	0人	1人	看護師・准看護師
	上記従業者については、併設する指定訪問介護サービス事業所の従業者を兼ねます。			
備考				

4. 職務内容について

(1) 管理者は、本事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行う者とし、従業者に鶴岡市規則、要綱等の内容を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。

(2) サービス提供責任者は、次の職務を行います。

① 本サービスの利用申し込みにかかわる調整を行います。

② お客様の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握を行います。

③ サービス担当者会議への出席、お客様に関する情報の共有等居宅介護支援事業者との連携をします。

④ 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、お客様の状況についての情報を伝達します。

⑤ 訪問介護員の業務の実施状況を把握します。

⑥ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。

⑦ 訪問介護員に対する研修、技術指導等を実施します。

⑧ 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。

(3) 訪問介護員は、お客様の居宅において身体介護、生活援助等のサービスの提供を行います。

(4) 事務職員は、本事業所運営時に必要な事務を行います。

6 サービス内容

本事業所は、お客様の自立した生活を目指し、お客様の可能性を引き出すことを前提として介護保険法で定める本サービスを実施します。なお、介護予防サービス計画・訪問介護相当サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って介護保険法で定める本サービスを実施します。また、各サービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、従業者(8従業者参照)までお気軽におたずねください。

1. サービス内容

入浴、食事、排泄、清拭、移動、整容、整容、洗濯、掃除、買い物等、日常生活の自立支援

※サービスはお客様を対象としたものに限られ、上記の生活援助の場合、お客様以外の方のお食事の調理、衣類当の洗濯、買い物、お客様の居室以外の掃除はできません。

2. サービスのご利用にあたりまして

本事業所では、金銭授受の取り扱いを次のようにさせて頂きます。

ご不明な点がございましたら直ちに本事業所までご連絡ください。

(1) サービス提供上必要な場合を除きまして、お客様の現金をお預かりすることはできませんのでご了承ください。

※ 本サービスにおける、買い物代行サービス等を行うにあたり、少額の金額をお預かりする場合がございますが、その際には、お客様またはそのご家族等にその場で必ず金額等に関するご確認・ご了承を頂きます。

(2) お客様の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等をお預かりすることはできませんのでご了承ください。また、同様にそれらが保管されている場所はお聞きいたしません。

7. サービスの実施に関する留意事項

1. サービス提供のためにおお客様の居室において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用はお客様の負担になります。

2. 訪問予定時間は、遅れることのないよう注意しておりますが、公共交通機関の事故等、やむを得ない事情により前後する場合があります。その場合は、必ず電話にてご連絡致します。

8. 従業者

1. 従業者とは、お客様に本サービスを提供する本事業所の従業者であり、主として訪問介護員（介護福祉士、訪問介護員養成研修1～2級課程修了者、介護職員基礎研修修了者、実務者研修修了者、看護師等）、そしてサービス提供責任者が該当します。

2. お客様の担当になる訪問介護員の選任（担当の変更を含みます）は、本事業所が行い、お客様が訪問介護を指名することはできません。本事業所の都合により担当の訪問介護員を変更する場合は、お客様やそのご家族等に対し事前にご連絡をすると共に、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。

3. お客様が、担当の訪問介護員の変更を希望する場合には、その変更希望理由（業務上不適当と判断される事由）を明らかにして、事業所の管理者まで申し出てください。

※業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更を致しかねることがあります。

4. 本事業所は、お客様からの変更希望による変更も含め、訪問介護員の変更により、お客様及びそのご家族等に対して、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。

5. 本事業所は、介護保険法に定められている人員の基準に基づいて人員体制を整備し、お客様に対して本サービスを提供します。

9. 利用料金

1. 本サービスの基本料金は次のとおりです。（非課税となります）次表は通常時間帯（午前8時00分から午後6時00分）の場合です。次表の金額は、介護保険法で定める本サービスの基本となる報酬単価です。（基本料金は介護保険適用時の料金です。）

介護保険適用1割負担の場合

標準的な内容の介護サービスである場合		287円/1回につき
1週間当たりの標準的な回数を定める場合		
1週間に1回程度の場合	1週間に2回程度の場合	1週間に2回を超える程度の場合
1,176円/月	2,349円/月	3,727円/月
1月あたりの回数を定める場合（1回につき）		
生活援助が中心である場合		
所用時間20分以上45分未満の場合	所用時間45分以上の場合	1620円/1回

179円/1回	220円/1回	1,001/1回
---------	---------	----------

介護保険適用2割負担の場合

標準的な内容の介護サービスである場合			574円/1回につき
1週間に1回程度の場合	1週間当たりの標準的な回数を定める場合		
	1週間に2回程度の場合	1週間に2回を超える程度の場合	
2,352円/月	4,698円/月	7,454円/月	
1月あたりの回数を定める場合(1回につき)			
生活援助が中心である場合	短時間で身体介護が中心である場合		
	所用時間20分以上45分未満の場合	所用時間45分以上の場合	
358円/1回	440円/1回	326円/1回	

- (1)上記の基本料金は、実際にサービスを提供した回数ではなく、介護予防サービス計画・訪問介護相当サービスに定められた本サービスの提供に要する目安の回数を基準とします。
- (2)上表の(Ⅲ)の利用が必要となる方は要支援2の方に限ります。
2. 本サービスにおける加算及び減算の該当条件は次のとおりです。(非課税となります)
- 次表の金額は、介護保険法で定める本サービスの基本となる報酬単価です。
- (基本料金は介護保険適用時の料金です。)

加算及び減算の種類	(基準額・加算率)
初回加算	200円 / 月
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円 / 月
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円 / 月
特定事業所加算(Ⅱ)	10%加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数(※) × 24.5%
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数(※) × 22.4%
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数(※) × 18.2%
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数(※) × 14.5%
特別地域訪問介護加算	15%加算
中山間地域等における小規模事業所加算	10%加算
山間地域等に住する者へのサービス提供加算	5%加算
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数(※)―1%
業務継続計画未実施減算	所定単位数(※)―1%
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	90/100等

※ 所定単位数は、基本料金に各種加算減算を加えた総単位数を指します。

- (1)初回加算については、新規に介護予防訪問介護計画を作成したお客様に対して、初回もしくは初回の属する月の本サービス提供に関して、サービス提供責任者もしくはサービス提供責任者の同行の元サービス提供を行った場合に加算します。
- (2)生活機能向上連携加算については、サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、「理学療法士等」とします)による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービスを作成し、理学療法士等と連携して介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービスに基づくサービス提供を行っている場合に加算します。
- (当該計画に基づく初回の介護予防訪問介護・訪問介護相当サービスが行われた日から3ヶ月間加算します)
- (3)介護職員処遇改善加算については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に加算します。
- (4)ベースアップ加算については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に加算します。
- (5)特別地域訪問介護加算については、本事業所が別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、本サービスを提供した場合に加算します。
- (6)中山間地域等における小規模事業所加算については、本事業所が別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、本サービスを提供した場合に加算します
- (7)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算については、本事業所が別に厚生労働大臣が定める地域に居住しているお客様に対して、通常の事業の実施地域を越えて本サービスを提供した

場合に加算します。

3. 本サービスにおける減算及びその該当条件は次のとおりです。(非課税となります)

(1) サービス提供責任者配置減算

本事業所が2級訪問介護員(平成25年4月以降は介護職員初任者研修修了者)のサービス提供責任者を配置している場合には、所定単位数の70%に相当する料金をお支払いいただきます。

(2) 同一建物に対する減算

本事業所が別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当し、当事業所の所在する同一建物に居住するお客様にサービスを行った場合には、所定単位数の90%に相当する料金をお支払いいただきます。

4. 介護予防サービス計画・訪問介護現行相当サービスに位置づけられているサービスに関しては、本条前3項の料金の1割、もしくは2割をお支払いいただきます(法定代理受領)。

ただし、支給限度基準額を超えた分に関しては、全額自己負担となります。

介護保険被保険者であるお客様が、居宅サービス計画に基づき介護保険サービスを受けた場合、保険者がお客様に代わって利用料(お客様自己負担分を除く)を直接事業者を支払うことを法定代理受領といいます。

5. 本事業所は、緊急時に計画外のサービスを提供する場合があり、そのサービスが介護保険外のサービスにあたる時には、お客様より別途料金をいただくことがあります。

10 介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービス及び利用料金の見積もり

介護予防サービス計画・訪問介護相当サービスに基づいて提供する介護予防訪問介護計画・訪問介護現行相当サービス及びその利用料金の見積もりは、「介護予防サービス・訪問介護相当サービスご利用確認書」に記載のとおりです。なお、「介護予防訪問介護サービス・訪問介護相当サービス」にて、介護予防訪問介護計画・訪問介護相当サービス計画の変更があった場合、変更が軽微で一過性のものを除き、新たに お客様に交付しその内容をお客様に確認いただくものとします。

11 キャンセル

- お客様の都合により当月のサービス提供予定のキャンセルをした場合は、月額の1割もしくは2割をキャンセル料としてお支払い頂きます。(日割り算出の場合は、その合計月額の1割又は2割を頂きます。
- 救急車・主治医等がかかわる緊急対応が生じた場合はキャンセル料をいただきます。
- キャンセル(及びサービスの変更)のご連絡は、下記「キャンセルの連絡先(電話番号)」に限りさせていただきます。

キャンセルの連絡先名称	在宅支援サービス 澄花
キャンセルの連絡先電話番号	0235-35-1667

12 お支払い方法

- 前月のサービスご利用分に関するお客様負担金を、本事業所が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。
 - お支払い方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。なお、口座引き落とし以外のお支払いについては、本事業所または従業員までご相談ください。
 - 認定申請日前のお客様へサービス提供を行った場合など「償還払い」の対象となる場合があります。
- ※ お客様が一旦利用料金の全額を本事業所にお支払いいただき、その後、本事業所より交付された「サービス提供証明書」と「領収書」を市町村に申請し、保険給付分の費用の払い戻しを受けることを償還払いといいます。

13 秘密保持及び個人情報の保護

- 本事業所及びその従業者は、業務上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密及び個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取り扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がある場合以外には開示しません。
- 本事業所は、そのサービス提供上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密及び個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより退職後も同様とします。
- 本事業所及びその従業者は、必要な範囲においてお客様及びそのご家族等の個人情報を取扱い致します。なお、お客様及びそのご家族等の個人情報の取り扱いに関して、文書により別途同意を

得るものとします。

4. 第1項及び第2項に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

14サービス相談窓口、苦情受付窓口、及び対応の手順

1. 本事業所におけるサービスのご利用にかかわる相談窓口、及び苦情・要望の受付窓口は次の通りです。
①本事業所における窓口

電話番号	0235-35-1667
受付時間	営業日の午前9時00分～午後5時00分まで
苦情受付担当者	
苦情解決責任者	
備考	苦情受付担当者以外のサービス従業者も受け付け対応いたします。

②市区町村のサービス相談・苦情受付窓口

市区町村名	鶴岡市
電話番号	0235-25-2111
担当部署	健康福祉部 長寿介護課
備考	祝日及び12月29日～1月3日を除く月曜日～金曜日の 8時30分～17時15分

③国民健康保険団体のサービスのサービス相談・苦情受付窓口

国保連合会	山形県国民健康保険団体連合会
電話番号	023-623-0997
担当部署	介護保険課
備考	祝日及び12月29日～1月3日を除く月曜日～金曜日の 9時00分～16時00分

④苦情への対応に係る基本手順

- (1) 苦情の受付
- (2) 苦情内容の確認
- (3) 苦情解決責任者等への報告
- (4) お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- (5) 苦情の解決に向けた対応の実施
- (6) 再発防止、及び改善の実施
- (7) お客様への苦情解決結果の説明・同意
- (8) 苦情解決責任者等への最終報告

15緊急時・介護事故等の連絡先、及び対応の手順

1. 緊急時等の連絡先は、予め確認させて頂きます。サービス提供中にお客様の容態の急変及び事故等あった場合には、ご家族様もしくは緊急時連絡先及び居宅介護支援事業所へ連絡します。また、お客様及びそのご家族よりご連絡をいただく場合は、「5訪問介護サービスの提供する事業所」に定める本事業所の連絡先までご連絡をお願い致します。

2. 本事業所は、お客様に対し、自ら提供した本サービスにより事故が発生した場合、次の基本手順に基づいた対応を実施します。なお、当該事故の状況・内容及び対応結果については、本事業所が記録します。

- (1) お客様の安全の確保
 - (2) 事故発生状況・内容の確認
 - (3) サービス事業所の責任者等への報告
 - (4) ご家族等・市区町村・居宅介護支援事業者への連絡
 - (5) 事故の解決に向けた対応の実施
 - (6) 事故発生原因の解明、及び再発防止への措置
 - (7) お客様への、事故解決経過・結果の説明
 - (8) サービス事業所の責任者等への最終報告
3. サービスの提供により、お客様へ賠償すべき事故が発生した場合、「17損害賠償について」に基づいた対応を実施します。
4. 本事業所は、お客様に対し、自ら提供した本サービスにおいて、緊急の対応が必要となった場合、

医療機関への連絡(119番への通報)、搬送の実施等の必要な措置を講じます。

5. 本事業所は、緊急に計画外のサービスの提供があり、そのサービスが介護保険適用外のサービスの場合には、お客様より別途料金をいただく場合があります。

16損害賠償

1. 本事業所は、お客様に対する本サービスの提供にあたって、本事業所の責めに帰すべき事由によりお客様またはそのご家族等の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。ただし、お客様またはそのご家族等に過失がある場合は、本事業所は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。
2. 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。
3. 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価(購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額)をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。
4. 取り扱いに特別の注意が必要なもの等については、あらかじめご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。
5. お客様またはそのご家族等は、お客様またはそのご家族等の責めに帰すべき事由により、本事業所の従業者の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

17介護給付費の改定

厚生労働省が定める介護給付費(介護報酬)の改定があった場合、本事業所の料金体系は、厚生労働省が定める介護給付費(介護報酬)に準拠するものとします。

18虐待の防止に関する措置

①本事業所は、お客様の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者を設置する等の必要な体制整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

②サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(ご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。

19事業継続計画の策定等

①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護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の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)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の実施します。

③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。

20利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

①利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取り組みの状況

実施なし

②第三者による評価の実施状況

実施なし

以上

サードステージ株式会社は、重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問介護サービス・訪問介護
相当サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。
本書交付を証するため、本書を2通作成し、サードステージ株式会社、お客様(またはその代理人)は、
記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

事業所	所在地	令和	年	月	日
	山形県鶴岡市大山字堤下2番31号				
	事業者名 サードステージ株式会社				
	事業所名 在宅支援サービス 澄花				
	説明者				印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問介護サービス・訪問介護相当サービスの内容
及び重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

お客様	住所	令和	年	月	日
	氏名				印
ご家族様	住所				
	氏名				印
代理人	(お客様との続柄:				
	住所				
	氏名				印