

共立ヘルパーステーション  
指定介護予防・日常生活支援総合事業  
訪問型サービス（第1号訪問事業）  
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。  
(佐用町指定第2873700427号)

当事業所は、ご契約者（お客様）に対して指定介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス（第1号訪問事業）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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当事業所の訪問型サービスは、原則として要支援認定の結果「要支援」と認定された方や基本チェックリストにより佐用町介護予防・日常生活支援総合事業の対象者（事業対象者）に判定された方が利用できます。

要支援認定をまだ受けていない方や事業対象者の手続きを済まされていない方でも訪問型サービスの利用は可能です。

◆◇目 次◇◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	1
4. 職員の体制	1
5. 提供するサービスと利用料金	2～5
6. 契約締結からサービス提供までの流れ	5
7. 契約の解約・終了	5～7
8. サービスの利用に関する留意事項	6～7
9. 苦情の受付について	7～8
10. 秘密の保持	8
11. ご家族への連絡	8
12. 記録の保管	8
13. ハラスメントの防止について	8
14. 感染症対策について	8
15. 業務継続計画の推進について	9
16. 虐待の防止の推進について	9
17. 身体拘束の適正化	9

## 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団一葉会  
(2) 法人所在地 兵庫県佐用郡佐用町佐用 1111 番地  
(3) 電話番号 0790-82-2321 (FAX0790-82-2894)  
(4) 代表者氏名 理事長 森 泰宏  
(5) 設立年月日 昭和41年10月28日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防・日常生活支援総合事業  
訪問型サービス（第1号訪問事業）事業所  
(平成29年4月1日佐用町指定)  
(2) 事業所の名称 共立ヘルパーステーション  
(3) 事業所の所在地 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 佐用共立病院内  
(4) 電話番号 0790-82-0380 (FAX0790-82-0381)  
(5) 管理者氏名 高見ゆかり  
(6) 開設年月日 平成29年4月1日

## 3. 事業実施地域及び営業日、サービス提供日

- (1) 通常の事業の実施地域 佐用町全域  
(2) 営業日及びサービス提供日、提供時間

営業日	日曜日及び12月31日から1月3日を除く。
受付時間	8時30分～17時30分
サービス提供日及び提供時間	通常毎日、サービス提供時間は午前8時00分～午後6時30分 *通常の時間以外については、その都度ご相談いたします。

## 4. 職員の体制

当事業所では、お客様に対して訪問型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。(介護保険による訪問介護サービスと兼務しています。)

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤	非常勤	常勤換算	指定基準
1.管理者兼サービス提供責任者	1名	0名	1名	1名
2. サービス提供責任者	1名	0名	0名	1名
2. 訪問介護員	1名	16名	10.0名	2.5名

職員は常勤換算法で2.5人以上とし、業務の状況により増減員することができるものとします。  
(常勤換算) 職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤1職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

(例) 週8時間勤務の訪問介護員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名(8時間×5名÷40時間=1名)となります。

### ①身分証明書の携行義務

訪問型サービス従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びお客様又はご家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 5. 提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

#### <サービスの概要>

- 生活援助  
調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上のお世話をいたします。
- 身体介護  
入浴・排泄・食事等の介護を行います。

お客様に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防ケアプラン」という。）に沿いながら、お客様と協議の上決定し、訪問型サービス計画（以下「サービス計画」という。）に定めます。

ただし、お客様の状態の変化、介護予防ケアプランに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

サービス計画に定められた実施回数、時間数等を大幅に上回る訪問型サービスを必要とする場合は、介護予防支援事業所と調整の上、介護予防ケアプランの変更又は要支援認定の区分変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

#### <利用料金及び自己負担額（利用料）（1ヶ月あたり）>（契約書第8条参照）

- ① 利用料は、1ヶ月ごとの定額制です。介護予防ケアプランにおいて位置づけられた支給区分に応じた利用料金から、事業所が訪問型サービス（以下「サービス費」という。）として、介護保険から給付を受ける額を除いた金額（自己負担額（利用料）：お客様の所得に応じて1割または2割、3割をお支払いください。なお、自己負担割合については、介護保険負担割合証で確認させていただきます。
- ② お客様の体調不良や状態の改善等によりサービス計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又はサービス計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- ③ 月途中において利用開始・解除された場合は、日割になります。介護保険料の滞納があっても、給付制限等は今のところありません。
- ④ 事業対象者は、原則要支援1相当サービスとなります。例外的に、佐用町が認めた場合のみ要支援2相当のサービスが受給可となります。

#### ◎利用料金及び自己負担額（利用料）

##### 【基本部分】（生活援助及び身体介護）

サービス名称	サービス内容	利用料金	自己負担額（利用料）		
			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
訪問型サービスⅠ	週1回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2)	11,760円 (1月につき)	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型サービスⅡ	週2回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2)	23,490円 (1月につき)	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型サービスⅢ	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援2)	37,270円 (1月につき)	3,727円	7,454円	11,181円

【日 割】

サービス名称	サービス内容	利用料金	自己負担額（利用料）		
			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
訪問型サービスⅠ	週1回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2)	390円 (1日につき)	39円	78円	117円
訪問型サービスⅡ	週2回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2)	770円 (1日につき)	77円	154円	231円
訪問型サービスⅢ	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援2)	1,230円 (1日につき)	123円	246円	369円

【加 算】

加算の種類	加算の要件	利用料金	自己負担額（利用料）		
			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,000円	200円	400円	600円
生活機能向上連携加算（1月につき）	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等に同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	1,000円	100円	200円	300円
特別地域加算	山間部・僻地など、厚生労働大臣が定める特別地域に事業所がある場合に算定	上記基本部分の15%加算			
介護職員等処遇改善加算 新加算（Ⅱ）	介護職員処遇改善計画にもとづき、賃金改善や研修、労働環境の整備に取り組み、介護人材確保のため、経験・技能のある職員の処遇改善に取り組むとともに、資質の向上（介護福祉士の資格取得やより専門性の高い介護技術	介護報酬総額の22.4%加算			

	の取得)、雇用管理、安全衛生等を推進する事業所に算定されます。	
--	---------------------------------	--

## 【減算】

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分の10%の減算
業務継続計画未実施減算	感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬が減算されます。	上記基本部分の100分の1に相当する単位数  (但し、令和7年3月31日までの間、減算は適用されません。)
高齢者虐待防止の推進に対する減算	人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者などを定めること等が講じられていない場合に、基本報酬が減算されます。	上記基本部分の100分の1に相当する単位数

お客様が、まだ要支援認定を受けていない場合又は事業対象者に判定されていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は事業対象者の判定を受けた後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

また、介護予防ケアプランが作成されていない場合も、償還払いになります。償還払いになる場合、お客様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条、第8条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がお客様のご負担となります。

### <区分支給限度額を超える訪問型サービスの利用>

要支援認定を受けたお客様は、予防給付の支給限度額の範囲内で訪問型サービスの給付管理を行います。

基本チェックリストにより事業対象者と判定されたお客様は、予防給付の要支援1の支給限度額とします。但し、退院時等サービスを集中的に利用することがご契約者の自立支援に資すると判断される場合は、佐用町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定められた申請により、要支援2相当の支給限度額とすることができます。支給限度額を超えて利用される場合は、サービス利用料金の全額がお客様のご負担となります。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月20日までに以下の方法でお支払い下さい。

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし  
ご利用できる金融機関：郵便局、JA
- イ. 現金支払い（当事業所の窓口までお願いいたします。）
- ウ. 当事業所指定口座への振り込み  
\*請求・支払方法については事前にご相談いたします。

### (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

- ① 利用予定日の前に、お客様の都合により、訪問型サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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所に申し出てください。

## 6. 契約締結からサービス提供までの流れ

別紙1のとおり

## 7. 契約の解約・終了（契約書第18条、第19条参照）

お客様は事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、お客様の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

なお次の場合は、お客様は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ②事業者が守秘義務に反した場合
- ③事業者がお客様やご家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④お客様に係る介護予防ケアプランが変更された場合
- ⑤事業者が破産した場合

事業者は、やむを得ない事情がある場合、お客様に対して、1ヶ月の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

なお、次の場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ①お客様のサービス利用料の支払が3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
- ②お客様又はそのご家族が事業者やサービス従事者に対して、この契約の継続をしがたいほどの背信行為を行った場合

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①お客様が介護保険施設等に入所された場合
- ②お客様が介護予防小規模多機能型居宅介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を利用されることになった場合

- ③お客様の要支援認定区分が、非該当（自立）又は要介護と認定された場合、基本チェックリストによる判定の結果、訪問型サービスの対象外であると判断された場合
- ④お客様が当事業所のサービス提供ができないほど遠くに転居された場合
- ⑤お客様がお亡くなりになった場合

## 8. 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

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、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条参照）

#### ①お客様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。ただし、お客様から特定の訪問介護員の指名はできません。

#### ②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お客様及びその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条参照）

#### ①定められた業務以外の禁止

お客様は「当事業所が提供するサービス」で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訪問型サービスの実施に関する指示・命令

訪問型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。但し、事業者は訪問型サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

#### ③備品等の使用

訪問型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。

### (4) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、お客様に対する訪問型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医療行為及び厚生労働省が認めていない医療補助行為
- ②お客様もしくはそのご家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ③お客様のご家族等に対するサービスの提供
- ④飲酒及びお客様もしくはそのご家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤お客様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
- ⑥その他お客様もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

### (5) 緊急時及び事故発生時の対応方法

訪問時においてお客様の体調等が急変した際、主治医又は医療機関に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。又事故等により財産の破損等の際は速やかにお客様及びご家族に連絡いたします。

(緊急連絡先)

月曜日～金曜日	8:30～17:15	0790-82-0380
土・日曜日、祝日	8:30～17:15	0790-82-2321 (佐用共立病院)

サービス提供責任者がケアマネジャーと連絡を取り、必要なサービス提供を行います。

## (6) 損害賠償

当事業所において、事業者の責任によりお客様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。守秘義務に違反した場合も同様といたします。

ただし、その損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められる場合には、お客様の置かれている心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## (7) 損害保険への加入

事業者は、万が一の事故に備えて「全国訪問看護事業協会居宅サービス事業者・居宅介護支援事業者総合補償制度」に加入しています。

## (8) 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業者は、契約期間中に地震・台風等の天災その他自己の責任に帰さない事由により、サービスの実施ができなくなった場合は、お客様に対して当該サービスを提供する義務を負いません。

## 9. 苦情の受付について (契約書第 23 条参照)

当事業所の訪問型サービス等に関する苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けています。

### (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。

- 苦情受付窓口 (担当者)                      管理者兼サービス提供責任者      高見ゆかり
- 受付時間                                      毎週月曜日～金曜日      8時30分～17時15分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

佐用町役場高年介護課 高年介護室	所在地 兵庫県佐用郡佐用町佐用 2611 番地 1 電話番号 0790-82-2079 受付日 毎週月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
兵庫県国民健康保険団体 連合会	所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 078-332-5617 受付日 毎週月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 午前9時00分～午後5時15分
兵庫県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-1 電話番号 078-242-6868 (相談専用) 受付日 毎週月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 午前10時00分～午後4時00分

## 10. 秘密の保持

事業者は、サービスの提供をする上で知り得たお客様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

また、お客様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、お客様及び当該ご家族の個人情報を用いません。

## 11. ご家族等への連絡

ご家族等に対して希望があった場合は、お客様に連絡するのと同様の連絡を行います。

## 12. 記録の保管

訪問型サービスの実施ごとに、サービスの内容等を所定の記録票に記入します。

当事業所は、サービス提供記録を作成し、この契約の終了後5年間保管します。

なお、お客様及びそのご家族に限り、当事業所の営業時間内に、サービス提供記録を閲覧できます。また、サービス実施記録の複写物の交付を受けることもできます。記録の複写料などの諸費用は、お客様のご負担とします。

## 13. ハラスメントの防止について

介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ばされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的な話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

## 14. 感染症対策について

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訪問介護員等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事業所の設備及び備品等において、衛生的な管理に努めます。

③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をおおむね6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します。

④事業所における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。

⑤従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 15. 業務継続計画の推進について

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問型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の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って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。

## 16. 虐待の防止の推進について

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために虐待防止委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報します。

## 17. 身体拘束の適正化

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、生命又は身体を保護するために緊急止むを得ない場合は、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止むを得ない理由について記録します。

重要事項を説明した年月日等

この重要事項説明書の説明場所・年月日	説明場所：
	令和 年 月 日

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、お客様にその内容を文書にて通知し、口頭にて説明します。

訪問型サービス（第1号訪問事業）の提供開始にあたり、お客様に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地  
名称 医療法人社団一葉会  
共立ヘルパーステーション  
代表者 理事長 森 泰宏 印  
  
説明者 職 名  
氏 名 印

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、訪問型サービス（第1号訪問事業）の提供開始に同意しました。

(お客様) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(ご本人が契約することが困難な場合)

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(お客様のご家族代表) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(お客様との続柄 \_\_\_\_\_ )

この重要事項説明書は、厚生省令第35号（平成18年3月14日）第8条の規定及び佐用町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に基づき、お客様又はそのご家族への重要事項説明のために作成したものです。