

(契約書別紙)

重要事項説明書(介護予防・総合事業)

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) 事業者概要

名称・法人種別	有限会社 明日香ライフケア
本社所在地	徳島県名西郡石井町浦庄字下浦 339 番地 3
代表者役職・氏名	代表取締役 山口アサエ
電話番号・FAX 番号	TEL 088-675-3701 FAX 088-675-3702
事業所番号(訪問介護・居宅介護事業所)	徳島県 3671200172 号
指定年月日	平成 15 年 2 月 1 日
最終更新年月日	令和 3 年 2 月 15 日
通常の事業の実施地域	徳島市、名西郡、吉野川市、阿波市、板野郡、その他
サービスの主たる対象者(総合事業)	介護保険証に記載される要支援 1, 2 の認定者

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	有限会社明日香ライフケアが設置する訪問介護事業所(以下「事業所」という。)において実施する訪問介護(以下「訪問介護」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、訪問介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った介護保険サービス等の提供を確保することを目的とします。
運営方針	① 事業所は、利用者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、通院時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の 生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとします。 ② 介護保険サービスの実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な介護保険サービスの提供ができるよう努めるものとします。 ③ 介護保険サービス等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、 ④ 利用者等の所在する市町村、他の居宅介護支援事業者、その他介護保険サービス又は保健医療サービスを提供する者(以下「介護保険サービス事業者等」という。)との密接な連携に努めるものとします。 ⑤ 前三項のほか、「介護保険法」に定める内容のほか関係法令等を遵守し、介護保険サービスを実施するものとします。

(3) 営業日時及び苦情相談窓口

平日	午前 9 時～午後 5 時
休業日	土・日・国民の祝日・年末年始・お盆期間
苦情相談窓口	有限会社 明日香ライフケア 代表取締役 山口 アサエ
苦情窓口連絡先	088-675-3701

＊営業時間以外は、転送連絡により電話対応は 24 時間対応いたします。

(運転中等により対応が出来ないときは折り返しご連絡いたします。)

(4) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 代表取締役 山口 アサエ
-----	-------------------

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤職員 1 名
サービス提供責任者	① 訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 ② 訪問介護計画の作成並びに利用者等への説明を行い同意を得ます。 利用者へ訪問介護計画を交付します。 ③ 訪問介護の実施状況の把握及び訪問介護計画の変更を行います。 ④ 訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 ⑤ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ⑥ サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 ⑦ 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 ⑧ 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。 ⑨ 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 ⑩ 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 ⑪ 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。	常勤職員 2.5 名
従業者	① 訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な訪問介護のサービスを提供します。 ② サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供します。 ③ サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 ② サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。	常勤換算 2.5 名以上
事務員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	非常勤 1 名

(5) サービス内容、担当する訪問介護員について

当該事業所が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

訪問介護サービス

次のサービスのうち、(身体介護 家事援助 通院等介助)の(1)種類のサービスを1週間に()回を居宅サービス計画書に従って提供をします。

【身体介護】

☐①起床・就寝介助

☐⑧清拭・整容

☐②体位変換

☐⑨入浴介助・整容

☐③排泄介助

☐⑩外出介助

☐④体位変換・移動

☐⑪服薬確認

☐⑤食事介助

☐⑫自立支援の見守り援助

☐⑥衣類の脱着

☐⑬重度化防止の見守り援助

☐⑦通院等乗降介助

病院への通院時の介助(運転時間は除く)を意味します。本人でなければ手続きのできない場合による市町村役場、金融機関、選挙への移動時に利用が可能です。

*サービスの提供にあたっては、利用者様の状態の軽減もしくは悪化の防止、予防になるよう適切にサービスを提供します。

サービス提供は、懇切丁寧に行い分かりやすいように説明をします。もし分からないことがあればいつでも担当者にご遠慮なく質問して下さい。

【家事】

☐⑭調理・配下善

☐⑮洗濯

☐⑯掃除

☐⑰買い物

☐⑱薬の受取

☐⑲衣類の整理・被服の補修

2. 担当職員

あなたの担当をする訪問介護職員は、以下の通りです。

() () ()

() () ()

上記責任者は、(山 口 ア サ エ)です。

職員は、常に身分証明書を携帯していますので必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

職員の変更について

① あなたはいつでも担当の訪問介護職員の変更を申し出ることができます。その場合は、変更の理由を確認させていただきます。

② 当時業者は、担当の訪問介護職員がなんらかの理由、もしくは緊急時やむを得ず訪問できなかった場合など、担当の訪問介護職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの上承を得ます。

(6) サービスの利用料金および加算について

訪問介護サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。						
訪問時間		サービス内容	単位数	算 定 回 数	利用者負担額	備考
サ ー ビ ス 内 容						① ～ ④ 加算の算定
	保険外サービス					
	1 週間当たりのお 支払い金額の目安					
	1 ヶ月当たりのお支 払い金額の目安					
介護保険適用分の自己負担は利用者の負担割合証 記載の負担割合を算定						
保険適用外分金額						
適用外は 金額自己負担額		保険適用外分金額				
		交通費金額				

(7) その他当社加算について

弊社では厚生労働省の基準を満たす場合に支給される加算認定を受けています。

下記に記載する内容の加算があります。

- ① 特定事業所加算Ⅱ（当該加算の体制要件および人材要件を満たす場合）基本部分の 10%
- ② 処遇改善加算事業所1（当該加算の算定要件を満たす場合）1月の利用料金の 24.5%
- ③ 早朝（6 時～8 時）・夜間（18 時～22 時）25%、深夜（22 時～翌朝 6 時）50%
- ④ 初回加算（初回訪問時のみ算定、長期の利用が無い場合は算定されず）

につきまして加算の認定を受け利用者様に請求を行っています。

(8) 交通費 無料

(9) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 088-675-3701)

ご利用の 12 時間前までにご連絡いただいた場合……無料

ご利用の 12 時間前までにご連絡がなかった場合……当該基本料金の 50%

(10) 行政機関その他苦情受付担当

○各市町村役場 介護保険担当 (別紙参照)

○徳島県国民保険団体連合会

電話番号 088-666-0117 FAX 番号 088-666-0228

○徳島県介護保健室

電話番号 088-621-2213 FAX 番号 088-621-2840

(11) 緊急時の連絡先

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、主治医への連絡と状況により救急車の手配を担当者が行う。介護支援専門員及び保険者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

主治医	主治医	
	連絡先	
ご家族	氏 名	
	連絡先	

(12) 保険給付の請求のための領収書

領収書は、いつでも交付しますので、お申し付けください。

(13) 虐待及び身体拘束についての防止について

1. 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する委員会を設定し責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 山口 アサエ
-------------	--------------

(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の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) 虐待防止委員会を定期的開催し、従業者に内容を周知します。

(6) 相談支援相談員を受け入れます。

(7) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、速やかに市町村に通報をします。

2. 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないものとする。

身体拘束適正化委員会を設定し責任者を選定しています。

(1)身体拘束に関する委員会を設定し責任者を選定しています。

身体拘束防止に関する責任者	代表取締役 山口 アサエ
---------------	--------------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3)身体拘束適正化委員会を定期的開催し、従業者に内容を周知します。

- ・拘束期間は、利用者の日々の心身の状態等を観察し記録します。

- ・その要件に該当しなくなった場合は、速やかに身体拘束廃止委員会で検討し身体拘束を廃止します。

(14)事故発生時の対応について

当事業所が利用者に対して行うサービス提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市区町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また当事業所が利用者に対して提供しましたサービスにより、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、速やかに担当者までお申し出下さい。

(15)ハラスメント行為の防止について

事業者は、利用者及びその家族や事業所または従業員に対するハラスメントに対する対応を行っています。ハラスメントは、本人に自覚がなく行われることが多くあります。健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合、通知の上、契約の解除をすることがあります。

(1) 従業員に対する性的な発言や行動

(2) 暴力や暴言、嫌がらせ、誹謗中傷など理不尽な発言（電話等の発言も含みます）

(3) 飲酒の強要や違反行為の強要

(4) サービス提供中に職員の写真や動画撮影、録音などを、SNS 等への無断掲載

(16)BCP 事業継続計画について

(1)弊社では、感染症や災害等で事業継続が困難な場合について BCP 事業計画を作成し事業継続が困難になった場合について速やかに事業の復旧が行えるように務めます。平時からの対応とし、利用者様及びご家族の連絡先（携帯電話やメール等）をお伺いし緊急時の連絡先の確保を行い安否確認などの連絡手段を確保します。

緊急時の安否確認や連絡が取れる方法をあらかじめ検討をしています。

津波や河川の決壊、山崩れなどの災害が予測される場合の対応として、サービスの休止・縮小を余儀なくされることを想定して検討を策定しています。

災害発生時の対応とし、サービス提供を長期間休止する場合は、あらかじめ検討した対応方法に基づき、居宅介護支援事業所と連携し必要に応じて他の訪問サービス変更等も検討しています。

(17)その他(サービスの利用にあたっての留意事項)

＊文章による通知の上契約を解除することがあります。

職員業務について

- ・医療行為及び医療補助行為を行うことができません。
- ・各種支払や年金等の管理、預貯金通帳や証書、書類などの預かり行為、利用者様との金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。
- ・身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者または第三者の生命又は身体保護をする為に緊急やむを得ない場合を除く)
- ・庭の草刈りや花木の水やり、犬の散歩・年末の大掃除、おせち等の調理、家族の食事や洗濯 物家族の部屋の掃除など家族に対するサービス提供は行うことができません。

訪問時の職員に対して

- ・訪問時の喫煙はご遠慮ください。
- ・訪問介護員に対しての贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- ・訪問時は、ペットをゲージに入れる、リードに繋ぐなどの配慮をお願いします。
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、できる限り早い目に担当の介護支援専門員又は弊社担当者までご連絡ください。

＊認知症老人等、意思能力に問題がある利用者は、成年後見制度の利用を必要とする場合があります。また、その程度にいたらない利用者也、契約の理解に難がある場合は、家族や地域福祉権利擁護制度の「生活指導員」等の立会を求めることも考えられます。

介護保険サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者 所在地 徳島県名西郡石井町浦庄字下浦 339 番地 3 ㊞
名 称 有限会社 明日香ライフケア
代表取締役 山口アサエ

説明者 氏 名 提供責任者 ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から介護保険サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所_____

氏 名_____⑩

(代理人) 住 所_____

氏 名_____⑩

※本重要事項説明書と同様に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる。