

# 予 防 給 付 型 訪 問 介 護

## 重 要 事 項 説 明 書

下松市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号訪問事業（訪問型サービス）（以下「予防給付型訪問介護」という）に基づいて、当事業所があなた（又はあなたの家族）に説明すべき事項は、次のとおりです。（令和5年4月1日現在）

### 1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 幸洋福社会
主たる事業所の所在地	下松市大字来巻944番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 中島洋二
電話番号	0833-47-1220

### 2. 事業所

事業所の名称	松寿苑ホームヘルプステーション
事業所の所在地	下松市大字来巻944番地の1
都道府県知事指定番号	山口県3570701205号
管理者名	亀山雄樹
電話番号	0833-47-0753
FAX番号	0833-47-1229

### 3. 当事業者が併せて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	山口県3570700173号	70名
短期入所生活介護	平成12年4月1日	山口県3570700173号	10名
通所介護	平成12年4月1日	山口県3570700082号	35名
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	山口県3570700033号	

### 4. 当事業所の事業目的と運営方針

事業目的	事業対象者又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な予防給付型訪問サービスを提供する。
運営方針	1. 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 2. 市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、

	その他保健・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る。
--	-------------------------------------

#### 5. 当事業所の営業日及び営業時間

営業日	祝日を含む月曜日から日曜日までとする。 但し、12月30日から1月3日まで並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除く。
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間	ケアプランの定める時間帯であれば、いつでも対応するものとする。(原則として午前9時00分から午後5時00分まで)

#### 6. 通常の事業の実施地域

実施地域	下松市
------	-----

#### 7. 当事業所の職員体制

従業者の職種	従業者の員数	区 分				職 種
		常 勤		非 常 勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者	1名		1名			施設長
サービス提供責任者	1名	1名				介護福祉士
訪 問 介 護 員	3名	1名		3名		介護福祉士

#### 8. 当事業所の主な職種

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	勤務時間：8時30分から17時30分まで 1. 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	勤務時間：8時00分から17時00分まで 勤務時間：8時30分から17時30分まで 勤務時間：10時00分から19時00分まで 1. 訪問型サービス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説明し、同意を得ます。利用者へ訪問介護計画を交付します。 3. 予防給付型訪問サービス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. 居宅介護支援事業者等に対し、サービスの提供に当たり把

サービス提供責任者	<p>握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報を提供します。</p> <p>7. 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。</p> <p>8. 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。</p> <p>9. 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。</p> <p>10. 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。</p> <p>11. 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。</p> <p>12. 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。</p>
訪問介護員	<p>勤務時間：8時00分から17時00分まで  勤務時間：8時30分から17時30分まで  勤務時間：10時00分から19時00分まで</p> <p>1. 訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な予防給付型訪問サービスを提供します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 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。</p>

### 9. 当事業所の職員の順守事項（運営規程第9条抜粋）

秘密保持	<p>1. 本所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。なお、本所は本所の職員であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させる為に、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。</p> <p>2. 本所の職員は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合にはその利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、あらかじめ文書により得るものとする。</p>
------	---

## 10. 当事業所の提供するサービスの概要

### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
訪問介護計画の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成したケアプランに基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画を作成します。
身 体 介 護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	特段の専門的配慮をもって行う調理	医師の指示に基づき、適切な栄養量及び内容を有する特別食（腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、嚥下困難者のための流動食等）の調理を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。
	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。
	体位変換	床ずれ予防のための、体位変換を行います。
	移動・移乗介助	室内の移動、車いす等へ移乗の介助を行います。
	服薬介助	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬確認を行います。
	起床・就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
自立生活支援のための見守りの援助		<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）を行います。</li> <li>○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）を行います。</li> <li>○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）を行います。</li> <li>○排泄等の際の移動時、転倒しないように側について歩きます。（介助は必要時だけで、事故がないように常に見守る）</li> <li>○車いすでの移動介助を行って店に行き、利用者が自ら品物を選べるよう援助します。</li> <li>○洗濯物を一緒に干したり畳んだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行います。</li> </ul>
生 活 援 助	買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

## (2) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤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利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (3) 保険給付として難しい行為

次にあげるように、保険給付として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

- ①商品の販売や農作業等生業の援助的な行為
- ②直接本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為
  - ・「直接本人の援助」に該当しない行為  
主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為
  - ・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
  - ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
  - ・来客の応接（お茶、食事の手配等）
  - ・自家用車の洗車・清掃等
  - ・「日常生活の援助」に該当しない行為
- ③訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
  - ・草むしり
  - ・花木の水やり
  - ・犬の散歩等ペットの世話 等
- ④日常的に行われる家事の範囲を超える行為
  - ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
  - ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
  - ・室内外家屋の修理、ペンキ塗り
  - ・植木の剪定等の園芸
  - ・正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

## 11. 利用料等

(1) それぞれのサービスについて、料金は次の通りです。

サービス名称	サービスの内容	ご利用者様負担額
		(1割の場合)
予防給付型 訪問サービス費(Ⅰ)	事業対象者・要支援1・ 要支援2 (週1回程度)	1,176円
予防給付型 訪問サービス費(Ⅱ)	事業対象者・要支援1・ 要支援2 (週2回程度)	2,349円
予防給付型 訪問サービス費(Ⅲ)	事業対象者・要支援2 (週2回を超える程度)	3,727円

※自己負担については上記の表を基準とし、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ケアプラン及び訪問介護計画に位置づけられた時間数(計画時間数)によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、利用者の同意を得て、ケアプランの変更の援助を行うとともに訪問介護計画の見直しを行います。

※利用者が事業対象者・要支援認定を受けていない場合又は利用者の居宅サービス計画が作成されていない場合には、この利用料金の金額を一旦お支払い頂きます。

この場合、事業対象者・要支援認定を受けられた後又はケアプランを作成された後に、自己負担額を除く金額が介護保険給付費から払い戻しされます。(償還払い)なお、償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を当事業所から交付します。

※介護保険給付費体系(上記の表の金額)は、変更される場合があります。

### (2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

(1割負担を適応する場合)

各種加算	自己負担額
初回加算	初回のみ 200円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	サービス利用料金の13.7パーセント
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	サービス利用料金の4.2パーセント
介護職員等ベースアップ等支援加算	サービス利用料金の2.4パーセント

※初回加算は、新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した予防給付型訪問サービスと同月内に、サービス提供責任者が、自ら予防給付型訪問サービスを行う場合又は他の訪問介護員等が予防給付型訪問サービスを行う際に同行訪問した場合に加算し

ます。

※介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

### (3) その他の費用

介護保険支給限度額を超えたサービス利用	介護保険給付費の支給限度額を超えて当サービスを利用される場合は、介護保険給付費相当額（10割額）を、利用者の自己負担とさせていただきます。
キャンセル料	利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は発生しません。
記録の謄写代	利用者に提供したサービスの記録の謄写を求められた場合には、その謄写に要した実費相当額をお支払い頂きます。
サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。
通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費	実費相当を請求いたします。

### (4) 介護保険対象外訪問介護サービス

介護保険の対象とならない家事や外出、入院時のお世話などを行う自費サービスです。内容などにつきましては、その都度お問い合わせください。

サービスの種類	利用時間	利用料
生活支援サービス	15分毎	730円
	30分毎	1,460円

## 12. 利用料金の支払方法

(1) 当事業所では、当サービスご利用の都度、提供しましたサービスの内容を示す「サービス提供明細書」をお渡しし、翌月「請求書」を送付致します。

この請求書に記載した金額を、その月（サービスご利用の翌月）20日に、ご指定の通帳より自動引落する方法にてお支払い頂きます。

(2) 上記のとおり、通帳自動引落の方法を原則としておりますが、利用者の希望に応じ、口座振込又は現金払いの方法も承ります。この場合には、担当職員にお申し付け下さい。

### 13. 虐待の防止について

事業者は、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 亀山雄樹
-------------	----------

(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) 従業員に対して、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) 下松市介護サービス相談員を受入れます。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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、これを市町村に通報します。

### 14. 当事業所の苦情受付体制

(1) 苦情受付窓口

受付窓口	受付担当者 統括部長 田村則子
	連絡先 電話番号 0833-47-0753
	FAX番号 0833-47-1229
	※緊急の場合以外は、月～金曜日の午前8時30分から午後5時30分までにご連絡下さい。

当法人の苦情解決第三者委員

○三浦紘一郎

〒744-0031 下松市花岡浴312-4 (0833-43-1758)

○浅原郁子

〒744-0028 下松市藤光町1-8-2 (0833-44-8536)

○山田千鶴子

〒744-0061 下松市城山町15-8 (0833-41-3384)

当事業所以外の苦情受付機関

○下松市役所 介護保険係

〒744-8585 下松市大手町3-3-3 (0833-45-1831)

○山口県国民健康保険団体連合会

〒753-8520 山口県朝田1980-7 (083-995-1010)

○山口県福祉サービス運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）

〒753-0072 山口市大手町9-6 ゆ〜あいプラザ山口県社会福祉会館2F  
(083-924-2837)



## (2) 苦情処理手順

苦情の受付	苦情受付担当者は、利用者からの苦情は随時受け付け、受付に際し苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認する。
苦情の報告・確認	苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。但し、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意志表示をした場合を除く。
苦情解決に向けての話し合い	苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める。その話し合いにおいて、苦情申出人は第三者委員に助言又は立ち会いを求めることができるものとし、苦情解決責任者もまた同様とする。
苦情解決の記録及び報告	苦情解決の記録・報告は次により行う。 ① 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について、書面に記録する。 ② 苦情解決責任者は、一定期間毎に苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受ける。 ③ 苦情解決責任者は、苦情申出に改善を約束した事項について苦情申出人及び第三者委員に対して、一定期間経過後報告する。
解決結果の公表	苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等において実績を掲載し、公表する。
解決困難な苦情の対応	解決困難な苦情の解決は、山口県福祉サービス利用者援助事業等運営適正化委員会に委ねる。

### 15. 緊急時の対応

訪問型サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は当事業所の協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。

### 16. 事故発生時の対応・損害賠償

#### (1) 事故発生直後の対応

利用者の状態確認	事故の発見者は、利用者の状態（意識・呼吸・脈の有無・顔色、怪我の有無及び程度その他）を確認するとともに、利用者の生命又は身体の安全を最優先して、必要な臨機の処置を取る。
責任者への連絡	管理者に事故の発生を速やかに報告し、以後職員は管理者の指示に従う。
家族への連絡	管理者は、管理者自ら又は業務責任者を通じて、事故に係る利用者の家族に連絡し、利用者の様態その他その時点で明らかになっている範囲での事故の状況を説明する。

関係者への報告	<p>管理者は、必要に応じて、管理者自ら又は業務責任者（苦情受付担当者）等を通じて、次の関係者に報告する。</p> <p>① 理事長 ② 利用者の契約居宅介護支援事業所 ③ 山口県及び市町村介護保険担当課</p>
---------	--

## (2) 事後処理

事故報告書の作成	業務責任者（苦情受付担当者）及び事故の発見者は、事故の態様・概況・対応・原因分析等を記載した事故報告書を作成し、管理者に報告する。
家族への事故の詳細報告	管理者及び苦情受付担当者は、事故報告書に基づいて、利用者の家族に事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細を説明する。
理事長への報告	管理者は、事故報告書に基づいて、事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細並びに利用者本人及びその家族の申し立てについて理事長に報告の上、以後の処理方針に関する指示を仰ぐ。
介護事故予防対策委員会の開催	管理者は、理事長の指示のもと、介護事故予防対策委員会を招集し事故の原因に応じて今後の再発防止対策並びに今後の事後処理を検討する。
損害賠償	<p>本所は、本所の訪問介護サービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。</p> <p>加入保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 保険代理店 有限会社 ケアアンドケアほけん企画 TEL 0834-33-3006</p>

## 17. 衛生管理等

- (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ついて、衛生的な管理に努めます。

## 18. 感染症の発生及びまん延時の対応について

(1) 日頃の対応や感染症対策の徹底	<p>① サービス提供に先立ち、本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、かかりつけ医など、地域の身近な医療機関への相談や受診を行うよう促す。</p> <p>② 居宅介護支援事業所等と連携し、感染防止策を徹底する。 ※基礎疾患を有する者等は勤務上の配慮を行う。</p> <p>④ サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットを徹底する。</p> <p>⑤ 事業所内でもマスクを着用する等、感染の機会を減らすための工夫を実施する。</p>
--------------------	---

	⑥発熱のある利用者については、担当職員を分けて対応や、最後に訪問する等の対応をする。
(2) 感染が疑われる症状が見つかった場合(管理者が判断)	<p>①かかりつけ医等、身近な医療機関に電話相談、土日・夜間の場合等の相談する医療機関に迷う場合には、相談センターに電話・相談する。</p> <p>②情報共有・報告等 速やかに管理者等に報告し、事業所内で情報共有する。指定権者、家族、主治医、居宅介護支援事業所等に報告する。</p> <p>③消毒・清掃等 利用した共用スペースや静養室、トイレ等の消毒・清掃について保健所の指示で対応する。その他の対応については下記のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疫学調査への協力等</li> <li>・保健所が行う調査への協力。</li> <li>・居宅介護支援事業所への連絡。</li> </ul>
(3) 感染者が発生した場合	<p>①情報共有・報告等 速やかに管理者等に報告し、事業所内で情報共有する。指定権者、家族、主治医、居宅介護支援事業所等に報告する。</p> <p>②消毒・清掃等 利用した共用スペースや静養室、トイレ等の消毒・清掃について保健所の指示で対応する。</p> <p>③疫学調査への協力等 利用者のケア記録や面会者の情報を提供する</p>

## 19. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 成幸会（下松病院）
院長名	中島洋二
所在地	下松市新川2丁目1番1号
電話番号	0833-41-2727
診療科	内科、リハビリテーション科、循環器内科
入院設備	有り

## 20. 当事業所の予防給付型訪問サービスを利用いただく上での留意事項

- (1) 訪問介護計画の作成を担当する職員は、(久田昌子)です。  
サービス内容の変更、追加等のご希望がありましたら、ご連絡下さい。
- (2) 要支援状態区分の変更の認定を受けられたときは、当事業所にご連絡下さい。
- (3) 保険給付の範囲外のサービス利用をご希望される場合は、居宅介護支援事業者や市町村への連絡、助言を行います。

(4) 保険給付の範囲外のサービス利用を当事業所で希望される場合は、別途契約に基づく介護保険外のサービスとして、利用者の全額自己負担によってサービスを提供することは可能です。

なおその場合は、居宅サービス計画の策定段階における利用者の同意が必要となることから、居宅介護支援事業者に連絡し、居宅介護サービス計画の変更の援助を行います。

**重要事項説明書の年月日**

重要事項説明書の説明年月日	令和      年      月      日
説明者氏名	

本書2通を作成し、利用者、施設が1通ずつ保するものとします。

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

令和      年      月      日

契約者住所 〒

氏 名

代理人住所 〒

氏 名