

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（サービスA）
重要事項説明書

株式会社アイ・シビル

第1号訪問事業（サービスA）契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 アイ・シビル
主たる事務所の所在地	大阪府吹田市江坂町1丁目6番6号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 高垣 陽一
設 立 年 月 日	平成15年6月1日
電 話 番 号	06-6338-3833

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	あい・シビル訪問介護事業所	
サービスの種類	第1号訪問事業（サービスA）	
事業所の所在地	大阪府箕面市半町2丁目12番22号	
電 話 番 号	072-734-7385	
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日指定	2771401904
管 理 者 の 氏 名	中池 幸子	
事業の実施地域	箕面市(止々呂美・森町除く)	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、介護予防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、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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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。

4. 提供するサービスの内容

(1) 第1号訪問事業（サービスA）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

(2) 訪問介護員の禁止行為

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（ただし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。身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとする）
- 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

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従事者	常勤 2人、 非常勤 13人
うち介護福祉士	常勤 2人、 非常勤 3人
うち介護職員初任者研修等修了者	常勤 0人、 非常勤 14人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の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。

訪問事業責任者の氏名	岩間 保志
------------	-------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号訪問事業・訪問型サービスAの利用料

【基本部分】 1回あたり

サービス名称	基本利用料 (1回あたり)	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A	2, 384円	239円	434円	651円

【加算】 1回あたり

	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, 658円	166円	332円	498円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	433円	44円	87円	130円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ(初回加算)※	303円	31円	61円	91円

※初回加算はひと月当たり。

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	1, 000円

(注) ・利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

- ・ヘルパーが利用者宅を訪問時、利用者が不在の場合はケア時間から15分待機いたします。その時間内に帰宅されない場合はキャンセル料が発生します。
- ・利用者不在の場合、近隣を探す行為は出来ません。

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月の15日以降に郵送させていただきます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 三井住友銀行 新大阪支店 普通 3948485
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の観点から虐待の発生また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、担当者を定めるととも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及び担当者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 中池 幸子
-------------	-----------

- (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) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています
- (5) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (6) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています
- (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、これを市町村に通報します。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>ア 事業者は、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扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>ア 事業者は、利用者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、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者及びその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。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、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、追加又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</p>

のとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

1 1. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

1 2. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	AIG 損害保険株式会社
保険名	損害責任保険 (企業用) 証券
補償の概要	事業活動遂行事故に関する補償

1 3. 自然災害発生時及び新型コロナウイルス等感染症発生時の業務継続計画 (BCP) 策定等

自然災害発生時や感染症が発生しても、早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 自然災害及び災害時の訓練・演習を実施します (1年に1回以上)
- (2) 訓練・演習を踏まえ、業務継続計画を定期的に見直します (1年に1回)

1 4. 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の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。

1 5. 心身の状況の把握

指定訪問型サービス A の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 6. 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 指定訪問型サービス A の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問介護計画」

の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

17. サービス提供の記録

- (1) 指定訪問型サービス A の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また、利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 指定訪問型サービス A の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

18. 衛生管理等

事業者は感染予防及びまん延防止のために次に掲げる通り必要な措置を講じます

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね半年に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を図っています。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施しています。
- (4) 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。
- (5) 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。

19. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	072-734-7385
	面接場所	当事業所の相談室

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	箕面市高齢福祉室	電話番号	072-727-9505
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号	06-6949-5418

20. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
- ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 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
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 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、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 大阪府箕面市半町2丁目12番22号

事業者（法人）あい・シビル訪問介護事業所

代表者職・氏名 代表取締役 高垣 陽一

説明者職・氏名 中池 幸子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

立会人 住所

氏名