



#### 4、職員体制(職員体制については指定基準を遵守しています)

人数

職種	常勤	非常勤	指定基準
管理者	1		1
サービス提供責任者	2		2
訪問介護員	2	2	2.5
介護福祉士	2	0	
介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級)	2	2	

#### 5、サービスの内容

介護予防サービス計画に基づく、入浴、排泄、食事の介護又は調理、洗濯、掃除等の家事を総合的に提供する。

#### 6、利用料

現行の介護予防訪問介護に相当するサービス

週1回程度の訪問サービス が必要とされたもの (要支援1, 2・事業対象者)	週1回程度	(1月につき) 1,176 単位
週2回程度の訪問サービス が必要とされたもの (要支援1, 2・事業対象者)	週2回程度	(1月につき) 2,349 単位
週2回を超える程度の訪問 サービスが必要とされたもの (要支援2)	週3回程度	(1月につき) 3,727 単位

※上記の利用料金は実際にサービスに要した時間ではなく、介護予防サービス計画に基づき決定された、サービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて計算されます。

※ 新規に介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護計画を作成し、サービス提供責任者が初回もしくは、初回のサービスを行った日の属する月にサービスを行った場合又は、新規に訪問介護計画を作成し訪問介護員が初回もしくは初回のサービスを行った日の属する月にサービスを行い、サービス提供責任者が同行した場合は加算いたします。

初回加算 ひと月につき200円

- (1) 上記の総額に介護職員改善加算 I (22.4%) が加わり、地域区分による単価(鈴鹿市は 10.42円)を乗じた金額の内介護保険負担割合証に記載してある負担割合が自己負担となります。

※ 令和 6 年 6 月 1 日から介護職員改善加算 I (24.5%) が加わります。

- (2) 備品等の使用について

訪問介護のため必要な備品及び、水道・ガス・電気についても無償で使用させていただきます。また訪問介護員が、事務所に連絡する場合の電話等も使用させていただくことがあります。

- (2) キャンセルについて

訪問介護のキャンセルについては、前日の 17 時までには連絡をお願いいたします。当日のキャンセルにおいては、30 分毎に 1,000 円いただきます。

※但し、急な体調不良等での受診や避けることのできない事情の場合いただきません。

### (3) 利用料金のお支払い方法

一ヶ月分をまとめて、翌月に請求いたします。原則として口座振替をご利用いただきます。

## 7、訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、サービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療的な行為。
- ② ご契約者、又はその家族からの物品等の授受。
- ③ 飲酒、喫煙。
- ④ ご契約者、もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動。
- ⑤ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為。

次のサービスは法律によって保険給付の対象とならないものです。

#### (1)「直接本人の援助」に該当しない行為

家族のためのサービス、家族が行うのが適当と思われる行為。

- ・利用者以外の洗濯、調理、買い物、布団干しなど。
- ・主として利用者が使用する居室以外の掃除。
- ・来客の応接。(お茶、食事の手配など)
- ・趣味や宗教活動などへの援助、ペットの世話。

#### (2) 日常的に行われる家事の判断を超える行為

- ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え。
- ・大掃除、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。
- ・行事食や、手間をかけて行う調理等。

## 8、利用の中止、変更

- (1)利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用の中止又は変更をすることができます。実施日の前日までに、申し出てください。
- (2)サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によってご契約者のご希望の時間に提供できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議いたします。
- (3)急病等で、利用の中止が必要となった場合は、至急ご連絡ください。

## 9、衛生管理

訪問介護員は自らの心身を健康に保ち、又、設備、備品等についても衛生的な管理に努める。

## 10、秘密保持

職員、訪問介護員等は、業務上知り得た利用者やその家族等に関する情報を正当な理由無く、第三者に漏らしません。この秘密保持は契約が終了した後も厳守いたします。ただし利用者に係る担当者会議などの、居宅介護支援事業者等との、連携を図る上で必要なときなど、正当な理由がある場合には、個人情報を用いることに同意していただきます。

## 11、緊急時の対応

訪問介護員がサービス実施中に、利用者の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、ご家族、管理者等に報告をします。

## 12. 損害賠償責任

1. (1)当法人は、万が一の事故の発生に備えて全国社会福祉協議会の『しせつの共済』に加入しています。
- (2)当法人は、サービスの提供により万が一事故発生した場合には、速やかに市町村および関係機関ならびにあなたの家族に連絡し必要な措置を講じます。
- (3)当法人は、サービスの提供に伴って自己の責に帰すべき事由によりあなたに賠償すべき事故が発生した場合には、天変地異等不可抗力による場合をのぞき、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、あなた側に故意又は過失が認められる場合は、その置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められたときに限り、損害賠償の額を減ずることができるものとします。

(損害賠償がなされない場合)

自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償は負いません。とりわけ次の各号に該当する場合には、法人は損害賠償を免れます。

- (1)あなたが契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は、不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生したとき。
- (2)あなたがサービスの実施にあたって、必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず又は、不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生したとき。
- (3)あなたの急激な体調の変化等、当法人の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生したとき。
- (4)あなたが、当法人もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生したとき。

### 13、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○第三者委員 中村 次男

中川 久子

○苦情解決責任者

管理者

若林 久美子

○苦情受付担当者

サービス提供責任者

海原 定子

○受付時間 8:15 ～ 17:15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鈴鹿亀山地区広域連合 介護保険担当	鈴鹿市神戸 1 丁目 18 番 18 号 鈴鹿市役所西館 3 階 059-369-3201
三重県国保連合会 介護保険課苦情処理係	津市桜橋 2 丁目 96 番地 三重県自治会館内 2 階 059-222-4165
三重県社会福祉協議会 三重県福祉サービス運営 適正化委員会（苦情相談室）	津市桜橋 2 丁目 131 三重県社会福祉会館内 059-224-8111

#### 1 4. 身体拘束の禁止

(1) 職員は、利用者の行動を制限するような身体拘束は行いません。ただし、利用者の生命又は身体を守るため緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等できる限り詳細に説明し、十分な理解と同意を得るものとし、その記録を 5 年間保存するものとする。

(2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 か月に 1 回以

上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従事者に周知徹底を図る。

(3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

(4) 介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

## 1 5. 虐待防止の推進

(1) 事業所及び職員は、利用者の人権擁護、虐待防止のため、次に掲げる措置を講じるものとする。

一 高齢者虐待防止の指針を整備する。

二 高齢者虐待防止の対策を検討する会議を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知を行う。

三 職員に対して、人権擁護、虐待防止等の研修を定期的に行う。

四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

(2) サービス提供中に、当該事業所の職員又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。

## 1 6. 事業継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じる。

(2) 事業所は、職員に対し事業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に実施する。



(3) 事業所は、定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行う。

令和 年 月 日

指定介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護サービスの提供の開始に際し、  
本書面に基づき重要事項説明を行いました。

くすのき園介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護事業所

説明者職名 ( )

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定介護予防・  
日常生活支援総合事業訪問介護サービス提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者 住所

氏名 印

署名代行の理由

( )