# 重要事項説明書

訪問介護 ／ 介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業

お客様に対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、平生町社会福祉協議会がお客様に説明すべき重要事項は次のとおりです。本重要事項説明書に定めるサービス内容とは、公的介護保険制度に準ずる以下のものとします。ただし、法令等により他の資格や特別な技能等を要するとされるサービス及び介護により、通常生ずる危険を超えるサービスについては実施することができませんので、予めご了承ください。

## １．事業者の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人　平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８０００ |
| 代表者氏名 | 会長　吉賀　康宏 |

## ２．ご利用事業所

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | 平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８２００ |
| 提供サービス | 訪問介護<br>介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業 |
| 介護保険事業所番号 | ３５７７３０００２７号 |
| サービス提供地域 | 平生町 |

## ３．事業の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 介護保険法や同法に準ずる法令等に基づき、平生町社会福祉協議会が行う事業の適正な運営及びお客様に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 平生町社会福祉協議会は、お客様の心身の状況やその置かれている環境に応じて、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サービスを提供する。<br>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

## ４．ご利用事業所の職員体制等

管理者　　：１名（サービス提供責任者兼務）
サービス提供責任者：３名以上
訪問介護員等　　：２．５名以上（サービス提供責任者含む）

## ５．営業日・営業時間

営 業 日：年中無休
営業時間：７：００～２１：００

## ６．利用料

（１）本重要事項説明書に定めるサービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した額とし、その全額をお客様にご負担いただきます。
１日あたりの利用料は、サービスの介護費と加算額、及びその他の実費を加算した額となります。
介護保険の適用を受ける場合、自己負担額は介護費と加算額の１割、２割、３割となります。
負担割合は負担割合証によります。

### 訪問介護費

１）身体介護又は生活援助のサービスを個別にご利用になる場合。

身体介護

| 提供時間 | １回あたりの利用料金 |
|---|---|
| 20 分未満 | 1,630 円 |
| 20 分 以上 30 分未満 | 2,440 円 |
| 30 分以上１時間未満 | 3,870 円 |
| １時間以上１時間３０分未満 | 5,670 円 |

生活援助

| 提供時間 | １回あたりの利用料金 |
|---|---|
| 20 分以上 45 分未満 | 1,790 円 |
| 45 分以上 | 2,200 円 |

２）１回の訪問で、身体介護と生活援助の混在したサービスを一連のサービスとしてご利用になる場合。

| | | 身体介護 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ３０分未満 | ３０分以上<br>１時間未満 | １時間以上<br>１時間３０分未満 | １時間３０分以上<br>２時間未満 | ２時間以上<br>２時間３０未満 |
| 生活援助 | 45 分未満 | 3,090 円 | 4,520 円 | 6,320 円 | 7,140 円 | 7,960 円 |
| | 45 分以上１時間 10 分未満 | 3,740 円 | 5,170 円 | 6,970 円 | 7,790 円 | 8,610 円 |
| | １時間 10 分以上 | 4,390 円 | 5,820 円 | 7,620 円 | 8,440 円 | 9,260 円 |

### 介護予防・日常生活自立支援総合事業第一号訪問事業

| | | | |
|---|---|---|---|
| 包括払い | 週１回（月５回まで） | 事業対象者、要支援１、要支援２ | 11,760 円／月 |
| | 週２回（月９回まで） | 事業対象者、要支援１、要支援２ | 23,490 円／月 |
| | 週３回（月 13 回まで） | 要支援２ | 37,270 円／月 |

◇加算
初回加算　2,000 円／月
緊急時訪問加算　1,000 円／回　（＊適用と認められた場合に加算とされます。）
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ　所定単位数の 24.9%／月

（２）介護給付費（介護報酬）の改定があった場合には、当事業所の利用体系は、改定された介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## ７．交通費その他の費用

（１）従業者がサービス提供のためにお客様宅を訪問する際にかかる交通費は、平生町内にお住まいのお客様につきましては無料となります。
（２）平生町外にお住まいのお客様につきましては、事業所に対して前項に定める交通費の実費を支払うものとします。その場合の実費は各事業所の拠点から平生町を超えた地点から目的地までの区間における往復の公共交通機関利用実費または自動車使用時の経費「38 円／km」（消費税込み）、有料道路代、通行料となります。
（３）お客様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、１枚につき 10 円をお支払いいただきます。

## ８．苦情受付

（１）平生町社会福祉協議会では、第三者委員として苦情等をお受けする相談員を委嘱しております。連絡先等は、事業所窓口に掲示してありますのでご確認ください。

苦情受付窓口

訪問介護事業所における苦情やご相談は以下の担当者が受け付けます。

訪問介護 ／ 介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業

（平生町社会福祉協議会）　　有田　富士枝　0820－56－8200

## ９．苦情申立窓口

| | |
|---|---|
| お客様ご相談窓口 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８２００<br>面接　ケアセンターあいあむ |
| 平生町社会福祉協議会 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８０００<br>面接　ふれあいまちづくりセンター「あいあむ」 |
| 平生町健康保険課 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－７１１５<br>面接　平生町役場 |
| 山口県国民健康保険団体連合会<br>介護保険苦情相談係 | 住所　山口市朝田岡の口１９８０－７<br>電話　０８３－９９５－１０１０ |

## １０．事故発生時及び緊急時の対応方法

（１）お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町及びお客様のご家族ならびにお客様の係る居宅介護事業者に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。

（２）事故の原因が事業者の責めに帰する場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

（３）事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

| | | |
|---|---|---|
| お客様の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。<br>緊急連絡先に連絡いたします。 | | |
| お客様の主治医 | 医療機関名 | |
| | 氏　名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先① | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先② | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |

## １１．第三者評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | □ あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | あり　・　なし |
| | ☑ なし | | |

## １２．サービス利用に当たっての留意事項

（１）サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
（２）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、あらかじめご了承ください。
＊医療行為及び医療補助行為
＊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
＊他の家族の方に対する食事の準備 など

## １３．虐待の防止について

（１）平生町社会福祉協議会では、お客様等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②虐待防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。
（２）サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## １４．個人情報の使用及び秘密の保持

（１）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次の掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供または収集させていただくとともに、お客様およびそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
①お客様にサービスを提供するために必要な場合。
②お客様にかかわる介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。
③サービス担当者会議その他、介護支援専門員と関係サービス事業所との情報共有及び連絡調整等のため必要な場合。
④お客様が医療サービスのご利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合
（予め担当のサービス従事者により連絡先を確認させていただきます。）
⑤お客様の容態の変化等に伴いご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。
⑥行政機関の指導、または調査を受ける場合。
⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。
（２）平生町社会福祉協議会はお客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示または訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。
（３）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

令和　　年　　月　　日

（乙）　当事業者は、甲１に対する訪問介護サービスの提供開始に当たり、□甲１　□甲２　に
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
名　　称　社会福祉法人 平生町社会福祉協議会
代 表 者　吉　賀　康　宏　印

説明者　所属　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
平生町社会福祉協議会

氏名　印

（甲）　私は、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲１）お客様　住所

氏名　印

（甲２）お客様のご家族　住所

氏名　印

# 重要事項説明書

（通所介護　／　介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業）
平生町社会福祉協議会（ケアセンターあいあむ）

お客様に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、平生町社会福祉協議会がお客様に説明すべき重要事項は次のとおりです。本重要事項説明書に定めるサービス内容とは、公的介護保険制度に準ずる以下のものとします。ただし、法令等により他の資格や特別な技能等を要するとされるサービス及び介護により、通常生ずる危険を超えるサービスについては実施することができませんので、予めご了承ください。

## １．事業者の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人　平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８０００ |
| 代表者氏名 | 会長　吉賀　康宏 |

## ２．ご利用事業所

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | 平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８２００ |
| 提供サービス | 通所介護<br>介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業 |
| 介護保険事業所番号 | ３５７７３０００２７号 |
| サービス提供地域 | 平生町 |
| 利用定員 | ４０名 |

## ３．事業の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 介護保険法や同法に準ずる法令等に基づき、平生町社会福祉協議会が行う事業の適正な運営及びお客様に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 平生町社会福祉協議会は、お客様の心身の状況やその置かれている環境に応じて、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サービスを提供する。<br>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

## ４．ご利用事業所の職員体制等

管理者　　：１名（生活相談員と兼務）
生活相談員　：１名以上
看護職員　　：１名以上
機能訓練指導員：１名以上
介護職員　　：６名以上

## ５．営業日・営業時間

営業日　月～土曜日　　営業時間　８：３０～１７：１５
サービス提供時間　９：００～１６：３０
休日　日曜日、１月１日～３日

## ６．利用料

（１）本重要事項説明書に定めるサービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した額及び平生町が定める基準によるものとし、その全額をお客様にご負担いただきます。
１日あたりの利用料は、下記サービスの介護費と加算額、及びその他の実費を加算した額となります。介護保険の適用を受ける場合、自己負担額は介護費と加算額の１割、２割、3割となります。
負担割合は負担割合証によります。別途その他の実費（◆印の利用料）が必要となります。

**通所介護費**（通所介護単独通常規模型）

| 要介護度 | 提供時間 | | |
|---|---|---|---|
| | 5～6 時間 | 6～7 時間 | 7～8 時間 |
| 要介護１ | 5,700 円 | 5,840 円 | 6,580 円 |
| 要介護２ | 6,730 円 | 6,890 円 | 7,770 円 |
| 要介護３ | 7,770 円 | 7,960 円 | 9,000 円 |
| 要介護４ | 8,880 円 | 9,010 円 | 10,230 円 |
| 要介護５ | 9,840 円 | 10,080 円 | 11,480 円 |

| | | |
|---|---|---|
| 延長加算 | 9～10 時間未満 | 500 円 |
| | 10～11 時間 | 1,000 円 |
| | 11～12 時間 | 1,500 円 |

※時間延長は９時間の利用に継続して利用する場合

**◇ 加算**（通所介護単独型）

| 区分 | 加算額 |
|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 400 円/日 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | 560 円/日 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 220 円/回 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>＊個別機能訓練加算算定月は月 1,000 円 | 2,000 円/月 |
| 処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 所定単位数の12.0％ |

**介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 包括払い | 事業対象者、要支援１ | 週１回（月５回まで） | 17,980 円／月 |
| | 事業対象者、要支援２ | 週２回（月９回まで） | 3,6210 円／月 |

◇**加算**（介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業）

| 区分 | 加算額（月） |
|---|---|
| サービス提供体制加算Ⅰ1<br>サービス提供体制加算Ⅰ2 | 要支援１　880 円<br>要支援２　1,760 円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>＊個別機能訓練加算算定月は月 1,000 円 | 2,000 円/月 |
| 処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 所定単位数の 12.0％ |

◆その他の実費

| | |
|---|---|
| 食費 | 790 円／回 |

（２）介護給付費（介護報酬）の改定があった場合には、当事業所の利用体系は、改定された介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## ７．交通費その他の費用

（１）従業者がサービス提供のためにお客様宅を訪問する際にかかる交通費は、平生町内にお住まいのお客様につきましては無料となります。

（２）平生町外にお住まいのお客様につきましては、事業所に対して前項に定める交通費の実費を支払うものとします。その場合の実費は各事業所の拠点から平生町を超えた地点から目的地までの区間における往復の公共交通機関利用実費または自動車使用時の経費「38 円／km」（消費税込み）、有料道路代、通行料となります。

（３）お客様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、１枚につき 10 円をお支払いいただきます。

## ８．苦情受付相談員

（１）平生町社会福祉協議会では、第三者委員として苦情等をお受けする相談員を委嘱しております。連絡先等は、各事業所窓口に掲示してありますのでご確認ください。

苦情受付窓口

通所介護事業所における苦情やご相談は以下の担当者が受け付けます。

通所介護 ／ 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業

（ケアセンターあいあむ）　　國本　美佐　　0820－56－8200

## ９．苦情申立窓口

| | |
|---|---|
| お客様ご相談窓口 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８２００<br>面接　ケアセンターあいあむ |
| 平生町社会福祉協議会 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８０００<br>面接　ふれあいまちづくりセンター「あいあむ」 |
| 平生町健康保険課 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－７１１５<br>面接　平生町役場 |
| 山口県国民健康保険団体連合会<br>介護保険苦情相談係 | 住所　山口市朝田岡の口１９８０－７<br>電話　０８３－９９５－１０１０ |

## １０．事故発生時及び緊急時の対応方法

（１）お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町及びお客様のご家族ならびにお客様の係る居宅介護事業者に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。

（２）事故の原因が事業者の責めに帰する場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

（３）事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

| | | |
|---|---|---|
| お客様の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。<br>緊急連絡先に連絡いたします。 | | |
| お客様の主治医 | 医療機関名 | |
| | 氏　名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先① | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先② | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |

## １１．非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 火災報知機 | あり | 消火器 | ４基 |
| | 誘導灯 | あり | | |

## １２．第三者評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | □ あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | あり　・　なし |
| | ☑ なし | | |

## １３．サービス利用に当たっての留意事項

＊サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
＊ご利用の際、施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
＊他のお客様のご迷惑になる行為はご遠慮ください。

## １４．虐待の防止について

（１）平生町社会福祉協議会では、お客様等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②虐待防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

（２）サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## １５．個人情報の使用及び秘密の保持

（１）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次の掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供または収集させていただくとともに、お客様およびそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
①お客様にサービスを提供するために必要な場合。
②お客様にかかわる介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。
③サービス担当者会議その他、介護支援専門員と関係サービス事業所との情報共有及び連絡調整等のため必要な場合。
④お客様が医療サービスのご利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合（予め担当のサービス従事者により連絡先を確認させていただきます。）
⑤お客様の容態の変化等に伴いご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。
⑥行政機関の指導、または調査を受ける場合。
⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。

（２）平生町社会福祉協議会はお客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示または訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。

（３）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

令和　　年　　月　　日

（乙）　当事業者は、甲１に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、□甲１　□甲２　に
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
名　　称　　社会福祉法人 平生町社会福祉協議会
代 表 者　　吉　賀　康　宏　　印

説明者　所属　　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
平生町社会福祉協議会（ケアセンターあいあむ）

氏名　　印

（甲）　私は、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲１）お客様　　住所

氏名　　印

（甲２）お客様のご家族　住所

氏名　　印

# 重要事項説明書（地域密着型通所介護）

はつらつセンター

お客様に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、平生町社会福祉協議会がお客様に説明すべき重要事項は次のとおりです。本重要事項説明書に定めるサービス内容とは、公的介護保険制度に準ずる以下のものとします。ただし、法令等により他の資格や特別な技能等を要するとされるサービス及び介護により、通常生ずる危険を超えるサービスについては実施することができませんので、予めご了承ください。

## １．事業者の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人　平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８０００ |
| 代表者氏名 | 会長　吉賀　康宏 |

## ２．ご利用事業所

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | はつらつセンター |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－００８０ |
| 提供サービス | 地域密着型通所介護 |
| 介護保険事業所番号 | ３５９７３４００７８ 号 |
| サービス提供地域 | 平生町 |
| 利用定員 | １８名 |

## ３．事業の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 介護保険法や同法に準ずる法令等に基づき、平生町社会福祉協議会が行う事業の適正な運営及びお客様に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 平生町社会福祉協議会は、お客様の心身の状況やその置かれている環境に応じて、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サービスを提供する。<br>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

## ４．事業所の職員体制

管理者　　：１名（介護職員と兼務）
生活相談員　：１名以上
看護職員　　：１名以上
機能訓練指導員：１名以上
介護職員　　：３名以上

## ５．営業日・営業時間

営業日　月、水、金曜日　営業時間　８：３０～１７：１５
サービス提供時間　９：００～１６：３０
休日　日曜日、１月１日～３日

## ６．利用料

（１）本重要事項説明書に定めるサービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した額とし、その全額をお客様にご負担いただきます。１日あたりの利用料は、下記サービスの介護費と加算額、及びその他の実費を加算した額となります。介護保険の適用を受ける場合、自己負担額は介護費と加算額の１割、２割、３割となります。負担割合は負担割合証によります。別途その他の実費（◆印の利用料）が必要となります。

**地域密着型通所介護費**

| 要介護度 | 提供時間 | | |
|---|---|---|---|
| | 5～6 時間 | 6～7 時間 | 7～8 時間 |
| 要介護１ | 6,570 円 | 6,780 円 | 7,530 円 |
| 要介護２ | 7,760 円 | 8,010 円 | 8,900 円 |
| 要介護３ | 8,960 円 | 9,250 円 | 10,320 円 |
| 要介護４ | 10,130 円 | 10,490 円 | 11,720 円 |
| 要介護５ | 11,340 円 | 11,720 円 | 13,120 円 |

**◇ 加算（地域密着型）**

| 区 分 | | 加算額 |
|---|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | | 400 円/日 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | | 560 円/日 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | | 220 円/回 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 600 円/日 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>※個別機能訓練加算算定月は月 1,000 円 | | 2,000 円/月 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ | | 所定単位数の12.7% |
| 延長加算 | 9～10 時間 | 500 円 |

**◆ その他の実費**

| | |
|---|---|
| 食 費 | 790 円/回 |

（２）介護給付費（介護報酬）の改定があった場合には、当事業所の利用体系は、改定された介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## ７．交通費その他の費用

（１）従業者がサービス提供のためにお客様宅を訪問する際にかかる交通費は、平生町内にお住まいのお客様につきましては無料となります。

（２）平生町外にお住まいのお客様につきましては、事業所に対して前項に定める交通費の実費を支払うものとします。その場合の実費は各事業所の拠点から平生町を超えた地点から目的地までの区間における往復の公共交通機関利用実費または自動車使用時の経費「38 円／km」（消費税込み）、有料道路代、通行料となります。

（３）お客様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、１枚につき 10 円をお支払いいただきます。

## ８．苦情申立窓口

| | |
|---|---|
| お客様ご相談窓口 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－００８０<br>面接　はつらつセンター |
| 平生町社会福祉協議会 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８０００<br>面接　ふれあいまちづくりセンター「あいあむ」 |
| 平生町健康保険課 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－７１１５<br>面接　平生町役場 |
| 山口県国民健康保険団体連合会<br>介護保険苦情相談係 | 住所　山口市朝田岡の口１９８０－７<br>電話　０８３－９９５－１０１０ |

## ９．苦情受付相談員

（１）平生町社会福祉協議会では、第三者委員として苦情等をお受けする相談員を委嘱しております。連絡先等は、各事業所窓口に掲示してありますのでご確認ください。

苦情受付窓口

事業所における苦情やご相談は以下の担当者が受け付けます。

地域密着型通所介護

（はつらつセンター）　　手嶋里美　　0820－56－0080

## １０．事故発生時及び緊急時の対応方法

（１）お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町及びお客様のご家族ならびにお客様の係る居宅介護事業者に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。

（２）事故の原因が事業者の責めに帰する場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

（３）事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

| | | |
|---|---|---|
| お客様の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。<br>緊急連絡先に連絡いたします。 | | |
| お客様の主治医 | 医療機関名 | |
| | 氏　名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先① | 氏　名 | |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先② | 氏　名 | |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |

## １１・非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 火災報知機 | あり | 消火器 | ２基 |
| | 誘導灯 | あり | | |

## １２．第三者評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による評価の実施状況 | □ あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | あり　・　なし |
| | ☑ なし | | |

## １３．サービス利用に当たっての留意事項

＊サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
＊ご利用の際、施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
＊他のお客様のご迷惑になる行為はご遠慮ください。

## １４．虐待の防止について

（１）平生町社会福祉協議会では、お客様等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②虐待防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

（２）サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## １５．個人情報の使用及び秘密の保持

（１）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次の掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供または収集させていただくとともに、お客様およびそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
①お客様にサービスを提供するために必要な場合。
②お客様にかかわる介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。
③サービス担当者会議その他、介護支援専門員と関係サービス事業所との情報共有 及び連絡調整等のため必要な場合。
④お客様が医療サービスのご利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合（予め担当のサービス従事者により連絡先を確認させていただきます）。
⑤お客様の容態の変化等に伴いご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。
⑥行政機関の指導、または調査を受ける場合。
⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。

（２）平生町社会福祉協議会はお客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示または訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。

（３）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

令和　　年　　月　　日

（乙）　当事業者は、甲１に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、□甲１　□甲２　に
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項説明しました。

（乙）居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
名　　称　社会福祉法人 平生町社会福祉協議会
代 表 者　吉　賀　康　宏　印

説明者　所属　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
はつらつセンター

氏名　印

（甲）　私は、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲１）お客様　住所

氏名　印

（甲２）お客様のご家族　住所

氏名　印

# 重要事項説明書

## （居宅介護支援・介護予防支援）

居宅介護支援・介護予防支援の提供開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて、重要事項を以下のとおり説明します。

1　事業者の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人　平生町社会福祉協議会 |
| 主たる事務所の所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８０００ |
| 代表者氏名 | 会長　吉賀　康宏 |

2　事業所の名称

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 平生町社会福祉協議会 |
| 主たる事務所の所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 指定番号 | ３５７７３０００２７ |
| 連絡先 | ０８２０－５６－８２００ |
| 通常の事業実施地域 | 居宅介護支援は平生町、田布施町、柳井市、上関町（平生町以外の区域においては離島を除く）を原則とする。<br>介護予防支援は平生町、田布施町（離島を除く）とする。 |

3　事業の目的及び運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 介護保険法の理念及び指定居宅介護・指定介護予防の事業等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、適正な運営及びお客様等に対する適切な指定居宅介護支援・指定介護予防の提供を確保いたします。 |
| 運営の方針 | 法の基本理念に基づき、お客様の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、お客様の選択に基づき、適切な保健・医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう行うとともに、常にお客様の立場に立って公正中立に行うものとする。事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図ります。 |

4　営業日及び営業時間

| 営業日 | 営業時間 | その他の休日 |
|---|---|---|
| 月曜日から土曜日まで | 午前8時30分から午後5時15分 | 1/1～1/3 |

＊緊急時、２４時間・３６５日、連絡可能です。

5　相談担当者

お客様を担当する介護支援専門員は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿です。介護保険に関することは何でもお気軽にご相談ください。

6　事業所の職員の職種、職務内容、員数及び勤務体制

| 職　種 | 職務内容 | 員数 | 勤務体制 |
|---|---|---|---|
| 管理者 | 職員の管理・指導、業務の統括 | 1人 | 常勤兼務 |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援・介護予防支援の業務、連絡調整 | 8人 | 常勤兼務1名<br>常勤専従6名<br>非常勤専従1名 |
| うち主任介護支援専門員 | | 5名 | |

7　居宅介護支援・介護予防支援の内容、提供方法及び料金

| 内容 | 提　供　方　法 | 介護保険適応の有無 | 単位あたりの基本料金 |
|---|---|---|---|
| 居宅・介護予防サービス計画の作成 | 居宅サービス･介護予防サービス計画を作成し書面でお知らせします。 | 有 | 【月額】<br>介護予防支援費<br>4,720円<br>要介護1・2<br>10,860円<br>要介護3・4・5<br>14,110円 |
| サービス事業者との連絡、調整 | 適切なサービス提供のため､各事業者と連絡調整を行います。 | 有 | |
| 経過観察、評価 | 経過把握に努め必要な時は再評価を行います。 | 有 | |
| 給付管理 | 介護報酬の給付等の管理をいたします。 | 有 | |
| 要介護（支援）認定の協力、援助 | ご希望により申請代行します。<br>また、そのための援助を行います。 | 有 | |
| 介護保険施設の紹介 | 介護保険施設への入所を希望される場合はその紹介をします。 | 有 | |
| 相談の対応 | 常に誠意をもって対応します。 | 有 | |
| 看取り期における対応 | 適切なサービス提供､医療･介護連携のための必要な相談､連絡調整を行います。 | 有 | |

8　その他の加算

（1）初回加算　3,000円/月
　新規に居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成した場合及び要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合

（2）特定事業所加算（Ⅱ）　4,210円/月
　主任介護支援専門員を配置し、質の高いケアマネジメントを提供する

（3）入院時情報連携加算（Ⅰ）　2,500円/月
　介護支援専門員が入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合
入院時情報連携加算（Ⅱ）　2,000円/月
　介護支援専門員が入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合

（4）退院・退所加算　1回目（Ⅰ）イ　4,500円/回　（Ⅰ）ロ　6,000円/回
　2回目（Ⅱ）イ　6,000円/回　（Ⅱ）ロ　7,500円/回
　3回目　（Ⅲ）ロ　9,000円/回
退院時に病院等とお客様に関する情報共有等を行った場合
（福祉用具の貸与が見込まれる場合は必要に応じ福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの）
※ イ：カンファレンス参加無　／　ロ：カンファレンス参加有

（5）緊急時等居宅カンファレンス加算　2,000円/回（月2回を限度）
　病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

（6）ターミナルケアマネジメント加算　4,000円/月
・本加算を受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保し、必

要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備
・在宅で死亡したお客様に対し、終末期の医療やケアの方針に関するお客様またはご家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡14日前以内に2日以上、お客様またはご家族の同意を得て居宅を訪問し、心身の状況を記録し主治医およびサービス事業者に提供

（７）通院時情報連携加算　500円/月（月1回を限度）
医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等からの必要な情報提供を受けた上で居宅サービス計画に記録した場合

（８）介護職員等処遇改善加算　所定単位数の2.1%/月
事業所において介護従事者等の処遇改善、職場環境の整備等に取り組む

※　介護保険が適応される場合、上表の報酬及び加算は介護保険から直接、当事業所に給付されますので、お客様の負担はありません。

９　その他の費用

ア.交通費…通常はいただきませんが、お客様の居宅が、前記2の担当事業所の通常の事業実施地域以外にあるときは、交通費の実費をいただきます。

イ.サービス実施記録の複写物の費用…1枚につき10円。その都度お払いください。

ウ.お客様の居宅においてサービス実施のために使用する電話の費用
…お客様の負担となります。

１０　居宅介護支援・介護予防支援の提供にあたっての留意事項について

（１）お客様は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

（２）居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

（３）利用者が要支援・要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要支援・要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援・要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

（４）病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携を図る必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

１１　相談窓口・苦情対応

| | |
|---|---|
| お客様ご相談窓口 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８２００<br>面接　ケアセンターあいあむ |
| 平生町社会福祉協議会 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８０００<br>面接　ふれあいまちづくりセンター「あいあむ」 |
| 平生町健康保険課 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－７１１５<br>面接　平生町役場 |
| 山口県国民健康保険団体連合会 | 住所　山口市朝田岡の口　１９８０－７<br>電話　０８３－９９５－１０１０ |

１２　苦情受付相談員

（１）平生町社会福祉協議会では、第三者委員として苦情等をお受けする相談員を委嘱しております。連絡先等は、当事業所窓口に掲示してありますのでご確認ください。

苦情受付窓口

居宅介護支援事業所　　管理者　　福永　麻由美　0820-56-8200

１３　苦情処理を行うための処理体制・手順

（１）介護支援専門員が相手方と連絡を取り直接訪問するなどして状況の把握に努めます。

（２）事業者が必要有と判断した場合は、管理者を含め検討会議を行います。

（３）検討の結果は、速やかに具体的な対応に努めます。

（４）記録を台帳等に記録し、再発防止に努めます。

１４　苦情があった居宅サービス事業者に対する対応方針等

（１）居宅サービス事業者等に対し苦情の状況等を確認するとともに改善のための方策について協議し、お客様の理解を得るものとします。

（２）お客様が苦情申し立てを行った理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

（３）居宅サービス事業者等に対する苦情の国民健康保険団体連合会への申し立てに関して、お客様に対する必要な援助を行います。

１５　事故発生時の対応について

（１）お客様に対する指定居宅介護支援・指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町及びお客様のご家族に連絡し必要な措置を講じます。

（２）事故の原因が事業者の責めに帰する場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

（３）事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

１６　個人情報の使用及び秘密の保持

（１）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次に揚げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供又は収集させていただくとともに、お客様およびそのご家族は、予めこれに同意するものとします。
尚、個人情報の利用目的を変更する場合は、予め、通知又は公表するものとします。

①お客様にサービスを提供するために必要な場合

②お客様に係わる介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合

③サービス担当者会議その他、介護支援専門員とサービス提供事業者・民生委員・関係職種との情報共有及び連絡調整を行う場合

④お客様が医療サービスのご利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合
（予め担当のサービス従業者により連絡先を確認させていただきます）

⑤お客様の容態の変化等に伴いご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合

⑥行政機関の指導、又は調査を受ける場合

⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合

⑧日常生活を送られる場合、担当民生委員に相談が必要な時にはお客様又はご家族の了解をいただき連絡

（２）平生町社会福祉協議会はお客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示又は訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。

（３）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。
この守秘義務は従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

１７　第三者評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | □ あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | あり　・　なし |
| | ☑ なし | | |

１８ 公正中立なケアマネジメントの確保について

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は以下のとおりです。

・ 前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
・ 前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のサービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

令和７年度 下半期（令和７年９月～令和８年２月）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 訪問介護<br>（26%） | 平生町社会福祉協議会<br>（56%） | ながやす介護ステーション<br>（11%） | サンキ・ウェルビイ<br>（8%） |
| 通所介護<br>（35%） | 平生町社会福祉協議会<br>（50%） | アットホーム<br>（22%） | ゆうわ苑デイサービスセンタ（8%） |
| 地域密着型<br>通所介護（16%） | はつらつセンター<br>（36%） | 上関町デイサービスセンター（25%） | はぁーとの樹<br>（14%） |
| 福祉用具貸与<br>（68%） | フルケア<br>（31%） | 西日本光洋<br>（26%） | 河村福祉サービス<br>（26%） |

１９　虐待の防止について

（１）平生町社会福祉協議会では、お客様等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②虐待防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

（２）サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

２０　業務継続計画の策定について

（１）感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する継続的なサービスの提供を実施するため、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」とする）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に実施します。

（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。

年　　月　　日

居宅介護支援・介護予防支援の提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

主たる事務所所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618番地の2
名　　称　　社会福祉法人　平生町社会福祉協議会
代 表 者　　吉　賀　康　宏　　印
事 業 所　所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618番地の2
名　称　平生町社会福祉協議会

説明者　所属
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、居宅介護支援・介護予防支援の提供開始に同意します。

お客様　住所

氏名　　印

TEL　（　　）

家族代表者　住所

氏名　　印

TEL　（　　）

署名代行者（または法定代理人）
住所

氏名　　印

TEL　（　　）

# 重要事項説明書

（認知症対応型共同生活介護　ひらお・みんなの家）

お客様に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、平生町社会福祉協議会がお客様に説明すべき重要事項は次のとおりです。本重要事項説明書に定めるサービス内容とは、公的介護保険制度に準ずる以下のものとします。ただし、法令等により他の資格や特別な技能等を要するとされるサービス及び介護により、通常生ずる危険を超えるサービスについては実施することができませんので、予めご了承ください。

## １．事業者の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人　平生町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－８０００ |
| 代表者氏名 | 会長　吉賀　康宏 |

## ２．ご利用事業所

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | ひらお・みんなの家 |
| 所在地 | 山口県熊毛郡平生町大字平生村６１８－２ |
| 電話番号 | ０８２０－５６－０４０８ |
| 提供サービス | 認知症対応型共同生活介護 |
| 介護保険事業所番号 | ３５７７３００３０８号 |
| サービス提供地域 | 平生町 |

## ３．事業の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 介護保険法や同法に準ずる法令等に基づき、平生町社会福祉協議会が行う事業の適正な運営及びお客様に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 平生町社会福祉協議会は、お客様の心身の状況やその置かれている環境に応じて、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サービスを提供する。<br>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

## ４．ご利用事業所の職員体制等

管理者　　：１名（介護職員兼務）
計画作成担当者：１名
介護職員　　：６名以上
看護職員　　：１名以上

## ５．サービスの内容

介護保険給付サービス
食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がお客様のお手伝いを致します。

| 種　類 | 内　容 |
|---|---|
| 日常生活の援助 | 「食事」「排泄」「入浴（清拭）」「更衣」の介助等日常生活上のお手伝いをいたします。<br>又、日常生活の中での機能訓練、健康管理等のサービスを提供いたします。 |
| 相談及び援助 | お客様とそのご家族からのご相談に応じます。 |

## ６．利用料

（１）本重要事項説明書に定めるサービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した額とし、その全額をお客様にご負担いただきます。
１日あたりの利用料は、下記サービスの介護費と加算額、及びその他の実費を加算した額となります。
介護保険の適用を受ける場合、自己負担額は介護費と加算額の１割、２割、３割となります。
負担割合は負担割合証によります。ただし、別途その他の実費（◆印の利用料）が必要となります。

**認知症対応型共同生活介護**

| 要介護度 | １日につき |
|---|---|
| 要介護１ | 7,650 円 |
| 要介護２ | 8,010 円 |
| 要介護３ | 8,240 円 |
| 要介護４ | 8,410 円 |
| 要介護５ | 8,590 円 |

◇加算（認知症対応型共同生活介護）

| 区分 | 加算額 |
|---|---|
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ | 370 円/日 |
| 退居時相談援助加算 | 4,000 円/回 |
| 退居時情報提供加算 | 2,500 円/回 |
| 入院時費用 | 2,460 円/日 |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ） | 500 円/日 |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ | 30 円/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1,200 円/日 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 220 円/日 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ | 所定単位数の 21.0% |
| 初期加算<br>＊入居した日から起算して 30 日以内 | 300 円/日 |

◆その他の実費

認知症対応型共同生活介護

| 区　分 | 利用料金 |
|---|---|
| 食材料費 | 1,580 円/日 |
| 水道光熱費 | 16,000 円/月 |
| 家賃 | 38,000 円/月 |
| 共益費 | 6,000 円/月 |

（２）介護給付費（介護報酬）の改定があった場合には、当事業所の利用体系は、改定された介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## ７．その他の費用

お客様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、１枚につき１０円をお支払いいただきます。

## ８．苦情受付相談員

（１）平生町社会福祉協議会では、第三者委員として苦情等をお受けする相談員を委嘱しております。連絡先等は、事業所窓口に掲示してありますのでご確認ください。
苦情受付窓口
事業所における苦情やご相談は以下の担当者が受け付けます。

認知症対応型共同生活介護
（ひらお・みんなの家）　　皆合　史子　　0820－56－0408

## ９．苦情申立窓口

| | |
|---|---|
| お客様ご相談窓口 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６―０４０８<br>面接　ひらお・みんなの家 |
| 平生町社会福祉協議会 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－８０００<br>面接　ふれあいまちづくりセンター「あいあむ」 |
| 平生町健康保険課 | ご利用時間　午前８時３０分～午後５時１５分<br>ご利用方法　電話　０８２０－５６－７１１５<br>面接　平生町役場 |
| 山口県国民健康保険団体連合会<br>介護保険苦情相談係 | 住所　山口市朝田岡の口１９８０－７<br>電話　０８３－９９５－１０１０ |

## １０．事故発生時及び緊急時の対応方法

（１）お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町及びお客様のご家族ならびにお客様の係る居宅介護事業者に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。

（２）事故の原因が事業者の責めに帰する場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

（３）事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

| | | |
|---|---|---|
| お客様の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。<br>緊急連絡先に連絡いたします。 | | |
| お客様の主治医 | 医療機関名 | |
| | 氏　名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先① | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先② | 氏　名 | （続柄：　　） |
| | 住　所 | |
| | 電話番号 | |

## １１．非常災害時の対策

| | |
|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 |
| 避難訓練 | 別途定める消防計画にのっとり年２回避難訓練を行います。 |
| 設備等 | 消火器３基設置<br>カーテン等は防炎性能のあるものを使用しています。 |

## １２．第三者評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | ☑ あり | 実施日 | ２０２５年 １月１６日 |
| | | 評価機関名称 | 有限会社<br>アウルメディカルサービス |
| | | 結果の開示 | あり ・ なし |
| | □ なし | | |

## １３．サービス利用に当たっての留意事項

＊サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
＊施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
＊他のお客様のご迷惑になる行為はご遠慮ください。

## １４．虐待の防止について

（１）平生町社会福祉協議会では、お客様等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②虐待防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。
（２）サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## １５．個人情報の使用及び秘密の保持

（１）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次の掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供または収集させていただくとともに、お客様およびそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
①お客様にサービスを提供するために必要な場合。
②お客様にかかわる介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。
③サービス担当者会議その他、介護支援専門員と関係サービス事業所との情報共有及び連絡調整等のため必要な場合。
④お客様が医療サービスのご利用を希望され、主治医の意見を求める必要のある場合（予め担当のサービス従事者により連絡先を確認させていただきます。）
⑤お客様の容態の変化等に伴いご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。
⑥行政機関の指導、または調査を受ける場合。
⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。
（２）平生町社会福祉協議会はお客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示または訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。
（３）平生町社会福祉協議会及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

令和　　年　　月　　日

（乙）　当事業者は、甲１に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、□甲１ □甲２　に サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
名　　称　　社会福祉法人 平生町社会福祉協議会
代 表 者　　吉　賀　康　宏　　印

説明者　所属　　山口県熊毛郡平生町大字平生村618-2
ひらお・みんなの家

氏名　　印

（甲）　私は、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲１）お客様　　住所

氏名　　印

（甲２）お客様のご家族　　住所

氏名　　印