

**介護予防・日常生活支援総合事業（別紙-重説①／高石）**  
**第1号訪問事業（訪問介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）①**

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	特定非営利活動法人 せかんど
主たる事務所の所在地	〒590-0142 大阪府堺市南区桧尾3093-7
代表者（職名・氏名）	代表理事 松上 達史
設 立 年 月 日	平成11年6月15日
電 話 番 号	072-260-1294

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	NPO法人 せかんど ケアセンター高石	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	〒592-0004 大阪府高石市高師浜1-8-52	
電 話 番 号	072-267-7771	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2775300433
管 理 者 の 氏 名	林 満紀子	
通常の事業の実施地域	高石市	

**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

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、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。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

#### 5. 事業所窓口の営業日及び営業時間（サービス提供可能な日と時間帯と同じ）

営業日	月曜日から土曜日まで
営業時間	9:00～17:00
休日	日・祝、8月13日～15日、12月31日～1月3日

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
サービス提供責任者	常勤 2人
訪問介護員	常勤 1人 ・ 非常勤 11人
法令遵守責任者	松上 達史

#### 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及び管理責任者（管理者）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。

サービス提供責任者の氏名	林 満紀子 ・ 蓮沼 玲子
管理責任者の氏名	林 満紀子

#### 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（訪問介護相当サービス）の利用料

※料金表は別紙

## (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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	キャンセル料は不要です
利用予定日の前日17時以降	1,000円

## (3) 支払い方法

(1) 及び (2) 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。

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額 (介護保険を適用する場合) 及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届けします。
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ・ 郵便局の専用振込み用紙を同封致しますのでお振り込み下さい。(手数料は不要です) ・ 現金支払い ・ 郵便局の自動引き落とし イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

## 9. 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	
	主治医氏名	
	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	

## 10. 事故発生時の対応

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、担当の地域包括支援センター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。

また、利用者に対するサービス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：富士火災海上保険 株式会社

保険名：包括賠償責任保険

保障の概要：事故対応費用保険金 1 事故 500 万円

：見舞費用保険 1 名 10 万円／1 事故 100 万円

：受託管理財物 1 請求 100 万円 てん補限度額 1 請求保険期間中 1 億円

## 11. 虐待防止に関する事項について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

(ア) 虐待を防止するため責任者を選定し従業員に対する研修の実施

[虐待防止に関する責任者：南 覚志]

(イ) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

(ウ) 従業員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制の整備・従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境整備

(エ) 成年後見制度の利用支援・介護相談員の受入れの実施

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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、これを市町村に通報するものとする。

## 12. 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>① 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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>※ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」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>※ 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>※ 事業者は、従業員に、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、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
-----------------------------------	---

(2) 個人情報の保護について	<p>① 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>② 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>③ 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、追加また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。）</p>
-----------------	---

### 13. 身分証携行義務

訪問介護員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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。

### 14. 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、介護予防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。

### 15. 介護予防支援事業者等との連携

- (1) サービスの提供に当り、介護予防支援事業者等及び保健医療サービスまた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「サービス計画書」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者等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また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またはその写しを速やかに介護予防支援事業者等に送付します。

### 16. サービス提供の記録

- (1) サービスの実施ごとに、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) サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間（市町村への通知、苦情、事故等の記録等は完結の日から2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。

### 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) 事業者の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 18. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者及び家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 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 072-267-7771 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	岸和田市広域事業者指導課 介護事業者担当	電話番号 072-493-6132
	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介護予防支援事業者等又は当事業所の担当者へご連絡下さい。

サービス提供開始可能年月日	年 月 日
---------------	-------

この重要事項説明書の説明年月日	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 大阪府堺市南区桧尾 3093-7  
法人名 特定非営利活動法人 せかんど  
代表者名 代表理事 松上 達史 印  
事業所名 NPO 法人せかんど ケアセンター高石  
説明者名 \_\_\_\_\_ 印

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 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

\* 法定代理人又は任意代理人であるかは問いません。

代筆者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆の必要な理由 \_\_\_\_\_