

# よもぎケアセンター デイサービス

## 重要事項説明書

### 1. 事業の目的

社会福祉法人わとなーるが設置するよもぎケアセンター デイサービス（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護、蓬田村介護予防・日常生活支援総合事業及び青森市介護予防・日常生活支援総合事業及び外ヶ浜町介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号通所事業、基準該当生活介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者等（以下、「従業者」という。）が要介護もしくは要支援状態等、または障害（障害支援区分が区分3以上である者又は年齢が50歳以上の場合は、障害支援区分が区分2以上である者）のある利用者に対し、適正な指定通所介護等や基準該当生活介護サービスを提供することを目的とします。

### 2. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0174-27-3445（午前8時00分～午後5時00分）

F A X 0174-27-3457

担当部署 よもぎケアセンター

### 3. 当事業所の概要

#### (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	よもぎケアセンター デイサービス
所在地	青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地
電話番号	0174-27-3445
F A X 番号	0174-27-3457
事業所番号	・通所介護（指定事業所番号0272000225） ・第1号通所事業（指定事業所番号0272000225） ・基準該当生活介護（指定事業所番号0240700039）
その他のサービス	・訪問介護（指定事業所番号0272000225） ・第1号訪問事業（指定事業所番号0272000225） ・短期入所生活介護（指定事業所番号0272000225） ・介護予防短期入所生活介護（指定事業所番号0272000225） ・居宅介護支援（指定事業所番号0272000225） ・特別養護老人ホーム（指定事業所番号0272000274）
サービスを提供できる地域	蓬田村、青森市、外ヶ浜町 *上記以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常 勤	非常勤	合 計	備 考
管 理 者	ヘルパー 2 級	1 名		1 名	兼務
生 活 相 談 員	介護福祉士	1 名		1 名	専従
	ヘルパー 2 級	1 名		1 名	兼務
個別機能訓練指導員	准看護師		1 名	1 名	兼務
	あんまマッサージ指圧師	1 名			専従
介 護 ・ 看 護 職 員	看護師				
	准看護師	1 名		1 名	専従
				1 名	1 名
	介護福祉士	2 名		2 名	専従
		1 名		1 名	兼務
	ヘルパー 1 級				
	ヘルパー 2 級	1 名		1 名	兼務
	ヘルパー 3 級				
	介護職員初任者研修				
その他					

(3) 当事業所の設備の概要

定 員	20 名	静養室	一室
食堂兼機能訓練室	114.45 m <sup>2</sup>	相談室	一室
浴 室	一般・特殊浴槽室	送迎車	2 台

(4) サービスの提供時間

営 業 日	月曜日 ~ 日曜日
提 供 時 間	午前 8 : 40 ~ 午後 15 : 50
休 業 日	1 月 1 日・2 日

4. 当事業所の通所介護の特徴等

(1) 運営方針

- ① 指定通所介護事業は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止を目的とし、目標を設定し計画的に行うものとします。
- ② 指定第 1 号通所事業は、利用者の要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となる事の予防を目的とし、目標を設定し計画的に行うものとします。
- ③ 基準該当生活介護事業は利用者の心身機能の訓練及び日常生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排泄、食事等の介護、必要な援助、生活指導を行うものとします。
- ④ 自らその提供する指定通所介護、第 1 号通所事業、基準該当生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- ⑤ 指定通所介護、指定第 1 号通所事業の提供に当たっては、通所介護計画及び第 1 号通所事業計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。

- ⑥ 基準該当生活介護事業の提供に当たっては、生活介護計画に基づき利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。
- ⑦ 指定通所介護、指定第1号通所事業、基準該当生活介護事業の提供に当たる従業者は、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行います。
- ⑧ 指定通所介護、指定第1号通所事業、基準該当生活介護事業の提供に当たっては、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の提供を行います。
- ⑨ 指定通所介護、指定第1号通所事業、基準該当生活介護事業は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供します。
- ⑩ 事業の実施に当たっては地域との結びつきを重視し、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とともに、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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します。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	否	
従業員への研修の実施	有	年2回
サービスマニュアルの作成	有	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡
- ・体調確認
- ・体調不良者等によるサービスの中止・変更
- ・食事のキャンセル
- ・時間変更
- ・設備・器具の利用

5. サービスの内容

- (1) 送迎 車椅子対応車両2台による送迎
- (2) 食事 栄養のバランスを考え、旬の食材にて季節感のある食事の提供
- (3) 入浴 車椅子・ストレッチャー対応の機械浴設置
- (4) 生活相談 心身状況を把握した生活援助
- (5) 個別機能訓練 身体機能の維持、向上
- (6) 口腔機能向上 口腔機能の改善

## 6. 利用料金

(1) 指定通所介護事業、第1号通所事業：サービス提供時間7時間以上8時間未満

要 支 援 1		1ヶ月につき1,798円
要 支 援 2		1ヶ月につき3,621円
要 介 護 1	658円	
要 介 護 2	777円	
要 介 護 3	900円	
要 介 護 4	1,023円	
要 介 護 5	1,148円	
入 浴 加 算(I)	40円	
個別機能訓練加算(I)イ	56円	
個別機能訓練加算II	1ヶ月につき20円	
サービス提供体制強化加算(I)	22円	(要支援1)1ヶ月につき88円 (要支援2)1ヶ月につき176円
科学的介護推進体制加算		1ヶ月につき40円
栄養アセスメント加算		1ヶ月につき50円
ADL維持等加算(I)		1ヶ月につき30円
介護職員等処遇改善加算(II)		合計金額の9.0%

\*サービス提供体制強化加算とは、直接サービスを提供する職員数の70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上の介護福祉士を配置した際に加算されます。

\*上記料金は、介護保険負担割合証による自己負担1割の場合の金額です。自己負担1割以外の場合は、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた金額となります。

\*事業対象者の場合、週1回のご利用で要支援1、週2回のご利用で要支援2と同じ金額となります。

(2) 基準該当生活介護事業：サービス提供時間7時間以上8時間未満

① 下記の料金表によって、ご契約者の障害の程度による区分に応じたサービス利用料金から介護給付の給付額を除いた金額（利用者負担）と食事の提供等にかかる費用の合計金額をお支払い頂きます。

定 員 20人以下	区分2以下	545円
	区分3	598円
	区分4	669円
	区分5	966円
	区分6	1,291円
基準該当生活介護サービス費(I) (1日につき)		697円
食事提供加算(1日につき)		30円

② 利用者負担に月額上限として、1カ月あたりのサービス利用に係る「定率負担については、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の

負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1か月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用 するご本人の収入が80万円以上の方	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯	9,300円
一般	市町村民税課税世帯	37,200円

(2) 介護保険給付対象外サービス利用料

食費	400円（一食）
----	----------

\*食事前に帰宅された場合でも食費料は発生致しますので御了承下さい。

(3) キャンセルについて

利用者のご都合でサービスを中止する場合、お早めにご連絡をいただけますようお願い申し上げます。

(4) 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気、感染症の疑い等でサービスの実施が困難と判断した際は、提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止することがあります。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

(5) 利用料の支払方法

利用料は月払いで、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、引落日（毎月25日）の前日又は前々日までにお支払ください。お支払方法は、JA・郵便局口座自動引落しでのお支払いをお願いしております。領収証は、引落し確認後に発行いたします。（銀行振込み等を希望される方は御相談ください。）

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

- ① お客様の都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合（人員不足等やむを得ない事情により）、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。
- ③ 自動終了  
以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様が亡くなられた場合。

④ その他

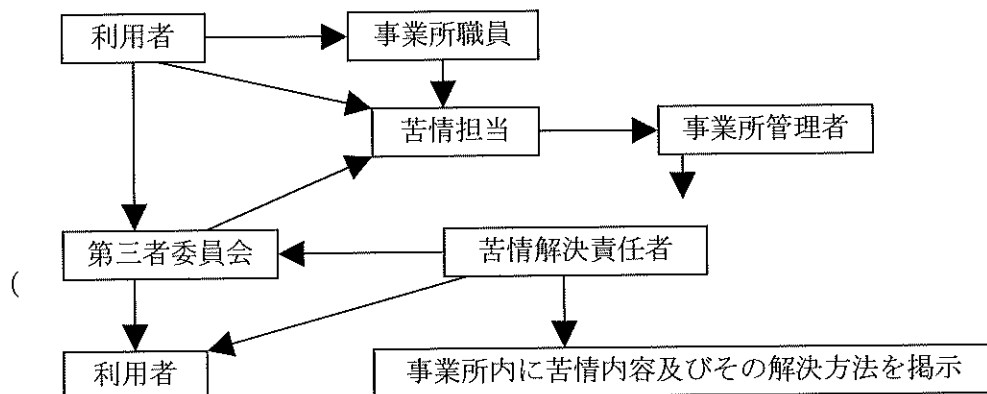
- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当部署	よもぎケアセンター		
責任者	上原 健一	苦情担当者	八戸 智也
電話番号	0174-27-3445		
F A X	0174-27-3457		
受付時間	午前8時00分 ～ 午後5時00分		

(2) 苦情処理体制



3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1) 市町村名 蓬田村役場  
 担 当 住民班  
 電話番号 0174-27-2112

2) 市町村名 外ヶ浜町役場  
 担 当 福祉課

- 電話番号 0174-31-1111
- 3) 市町村名 青森市役所  
担 当 福祉部 介護保険課  
電話番号 017-734-5257
- 4) そ の 他 青森県国民健康保険団体連合会  
担 当 苦情処理委員会  
電話番号 017-723-1336

#### 9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

緊急連絡先			
緊急連絡先 氏 名		続柄	
住 所		電話	
緊急連絡先 氏 名		続柄	
住 所		電話	
主治医			
病院名 (科)			
氏 名			
住 所			
電 話			

#### 10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

#### 11. 秘密保持について

- (1) 当該事業の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得た御利用者及び御家族の秘密

を洩らしません。

- (2) 当該事業の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た御利用者及び御家族の秘密を洩らしません。
- (3) 事業者は、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意書を得た上で、必要な範囲内で御利用者又は御家族の個人情報を用います。

## 1 2. 非常災害対策

防火責任者を配し年2回以上の消火避難訓練を行い、非常時には計画に基づき迅速に対応します。

通所介護、第1号通所事業、基準該当生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

契約締結日 令和 年 月 日

### 事業所

〈事業者名〉 よもぎケアセンター デイサービス  
〈事業所番号〉 0272000225  
〈住所〉 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
〈代表者名〉 社会福祉法人 わとなーる  
よもぎケアセンター

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護、第1号通所事業、基準該当生活介護についての重要事項の説明を受け、本書面の説明内容について同意します。

(利用者)

〈住所〉 \_\_\_\_\_

〈氏名〉 \_\_\_\_\_ 印

(家族又は代理人)

〈住所〉 \_\_\_\_\_

〈氏名〉 \_\_\_\_\_ 印



(指定介護予防短期入所生活介護事業及び指定短期入所生活介護事業)  
よもぎケアセンター 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
介護保険指定番号—青森県指定第0272000225号

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 わとなーる  
 (2) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田 397 番地  
 (3) 電話番号 0174-27-3445  
 (4) 代表者 理事長 村元 裕  
 (5) 設立年月日 平成9年4月1日

2. 利用施設

- (1) 事業所種類 指定（介護予防）短期入所生活介護  
 ※当事業所は、特別養護老人ホーム蓬生園に併設されています  
 (2) 事業所名 よもぎケアセンター短期入所生活介護  
 (3) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田 397 番地  
 (4) 電話番号 0174-27-3445  
 (5) 管理者 岡本 剛  
 (6) 定員 10名

3. 職員配置（併設の特別養護老人ホーム蓬生園と兼務）

職名	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	1名		1名	・業務の管理等
医師		1名	1名	・利用者の医療に関すること ・定期回診等
介護支援専門員	1名		1名	・介護サービス計画作成及び実施 ・利用者の生活の把握等
生活相談員	1名	1名	2名	・利用者及び家族等の相談窓口 ・利用者の生活の把握等
栄養士	1名	1名	2名	・栄養管理、献立の作成等
介護職員	20名	3名	23名	・入浴、排泄、食事等の生活全般にわたる 援助等
看護職員	3名	1名	4名	・利用者の健康管理、医療機関との連絡 調整等
機能訓練指導員		1名	1名	・リハビリ指導、訓練計画作成等
その他職員	3名	名	3名	・事務等、その他業務

#### 4. 施設の概要

居室	4人部屋	7室	静養室	1室
	2人部屋	4室	医務室	1室
	個室	24室	食堂	1室
浴室	一般浴と特殊浴槽があります。		機能訓練室	1室
			談話室	1室

#### 5. 提供するサービス内容

##### (1) 食事

- ・栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の心身の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため、可能な限り離床して、食堂にて食事をとることを支援します。

(食事時間) 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00

##### (2) 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### (3) 介護

- ・利用者に係る居宅介護支援事業所が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき「短期入所生活介護計画書」を作成し、「短期入所生活介護計画書」に基づいた介護サービスを提供します。

##### (4) 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を活用した援助を行います。

##### (5) 機能訓練

- ・利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送る上で必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### (6) 生活相談

- ・生活相談員が、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導や介護に関する相談及び援助などを行います。

##### (7) 健康管理

- ・看護職員が利用者の主治医あるいは施設の協力医療機関と連携を取りながら健康管理を行います。

##### (8) その他の自立支援

- ・寝たきり防止のため、利用者の身体状況を考慮しながら、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(9) 送迎

- ・利用者の心身の状態や家族の希望や状況から送迎が必要な場合は施設の車両にて送迎を行います。(日程や時間帯によって難しい場合は相談させていただきます)

(10) 特別食の提供

- ・利用者から注文があれば、実施できるものについて相談しながら実施します。

(11) 理容サービス

- ・月に2回、理容師の出張による理髪サービスがあります。

(12) レクリエーション

- ・活気や潤いのある生活を送れるよう、季節に応じ園内・外の活動を企画します。

6. 利用料金

(1) 併設型介護予防短期入所生活介護費 (1日あたりの基本料金)

	要支援 1	要支援 2
従来型個室・多床室	479	596

(2) 併設型短期入所生活介護費 (1日あたりの基本料金) (単位: 円 / 日)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
従来型個室・多床室	645	715	787	856	926

(3) 滞在費【従来型個室・・・1日 1,231円】【多床室・・・1日 915円】  
(負担段階第1段階～第4段階に区分されます) (単位: 円 / 日)

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
従来型個室	380	480	880	880	1,231
多床室	0	430	430	430	915

①新規入所者についても、下記のような場合は、多床室と同額の料金とする。

- 1) 感染症等、個室への入所が必要であると医師が判断した場合。
- 2) 著しい精神症状等により、多床室では同室者の状況に重大な影響を及ぼす恐れ高く、個室以外での対応が不可能であると医師が判断した者。

(4) 食費・・・1日 1,445円 (朝食405円・昼食530円・夕食510円)  
(負担段階第1段階～第4段階に区分されます。) (単位: 円 / 日)

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300	600	1,000	1,300	1,445

(5) 加算について

介護サービス費に事業所の体制や実施可否により、介護保険法等関係諸法令により定められた以下の項目の金額が加算されます。体制整備や実施がされた場合は、都度準じた加算を算定します。 (単位: 円)

加算項目	加算額等	算定要件の抜粋等
夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13／日	夜勤職員を基準数以上配置
サービス提供体制加算（Ⅱ）	12／日	職員の有資格者数や勤続年数の割合に応じて算定
送迎加算（片道）	184／ 1回	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)14.0% (Ⅱ)13.6% (Ⅲ)11.3% (Ⅳ)9.0%	事業者が行う介護職員の処遇改善等により、利用料に所定の割合を乗じて算定

(6) 支払方法は口座引落とし（農協口座、郵便局口座）又は銀行振込です。

## 7. 入所中の医療の提供

### (1) 協力医療機関

医療機関の名称	富士胃腸科循環器科医院
所在地	青森市千富町1-4-16
診療科	内科、胃腸科、循環器科

### (2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ミナトヤ歯科
所在地	青森市桂木4-4-10
診療科	歯科

## 8. 利用中の中止

利用途中にサービスを中止し退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

以下の場合、利用途中でもサービスを中止することがあります。

- ① 利用者が中途退所を希望した場合
- ② 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合

## 9. サービス利用方法

### (1) サービスの利用申込み

まずは担当の介護支援専門員に利用希望日をお知らせください。介護支援専門員からの連絡を受け予約完了となります。（満床の際は利用をお断りする場合があります。）

## (2) サービス利用計画の終了

### ① お客様の都合でサービス利用計画を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、いつでも解約できます。この場合その後の予約は無効となります。

### ② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的に終了し、予約は無効となります。

- 1) お客様が介護保険施設に入所した場合
- 2) お客様がお亡くなりになった場合
- 3) 介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護区分が、非該当と認定された場合

### ③ その他

お客様がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、お客様やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合は、サービス利用契約を終了させていただきます。

## 10. 緊急時の対応

ご利用者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方にご連絡いたします。

緊急連絡先		
氏名		続柄
住所		
電話番号		

## 11. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方及び蓬田村、居宅介護支援事業者に速やかにご連絡いたします。

## 12. 非常災害対策

### (1) 非常時の対応

特別養護老人ホーム蓬生園消防計画により対応します。

### (2) 防災設備

屋内消火栓、消火器、スプリンクラー設備、防火扉、自動火災報知機、非常警報装置、誘導灯、火災通報装置、自家発電設備、蓄電池設備

### (3) 防災訓練

年2回以上、防災訓練と夜間及び自然災害を想定した避難訓練を実施しています。

(4) 防火管理者 山口 聡

### 13. サービス内容に関する苦情

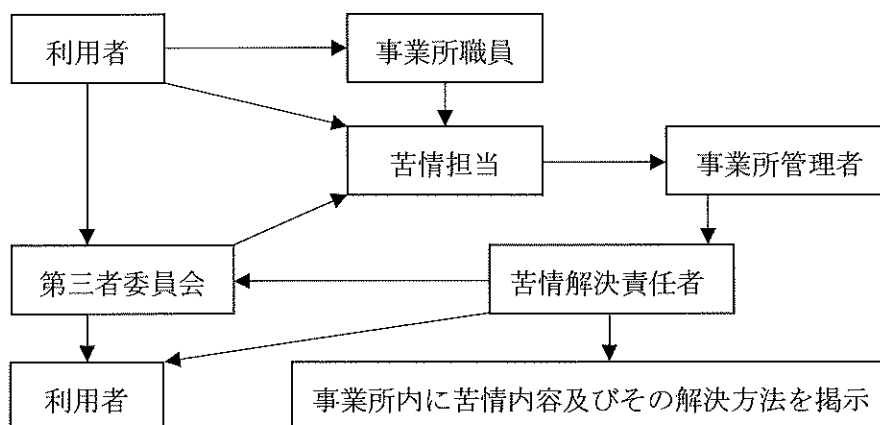
(1) 当事業所お客様相談・苦情担当者及び責任者

責任者 岡本 剛 担当 山口 聡

○電話番号 0174-27-3445

○受付時間 午前8:30～午後5:30

(2) 苦情処理体制



(3) 行政機関その他苦情受付機関

1) 機関名 蓬田村役場 住民課 介護保険担当

所在地 青森県東津軽郡蓬田村蓬田汐越 1-3

電話番号 0174-27-2111

2) 機関名 外ヶ浜町役場 福祉課 介護保険担当

所在地 青森県東津軽郡外ヶ浜町字蟹田高銅屋 44-2

電話番号 0174-31-1111

3) 機関名 青森市役所駅前庁舎 福祉部 高齢者支援課

所在地 青森県青森市新町一丁目3-7

電話番号 017-734-5362

4) 機関名 青森県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理委員会

所在地 青森県青森市新町二丁目4番1号 青森県共同ビル3F

電話番号 017-723-1336

5) 機関名 青森県運営適正化委員会

所在地 青森県青森市中央三丁目20番30号

電話番号 017-731-3039

#### 1 4. 当施設のサービスを受けていただくための留意事項

##### (1) 面会

面会時間は原則として自由です。ただし、感染症が流行している時期などは面会を制限させていただく場合があります。

##### (2) 外出

外出をされる場合は、行き先と時間を職員にお申し出ください。ただし、感染症が流行している時期などは外出を控えていただく場合があります。

##### (3) 持参品・金品

自分の居室に納まる分は持ち込み自由です。ただし、契約者又は他の利用者の生活に著しく支障や危険を負わせる可能性があるると判断された物に関しては、持ち込むことはできません。あらかじめ施設側にご相談下さい。

##### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。その場合は食事に係る自己負担額は免除されます。

##### (5) 施設・設備

施設・設備を著しく破損又は汚した場合には、修理に係る費用をお支払いいただく場合があります。

#### 1 5. 秘密の保持について

(1) 事業者及び従業者は正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

(2) 従業者であったものは、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

(3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。

#### 1 6. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を鑑み、相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合もあります。なお、当事業所は下記の保険会社と損害賠償責任保険契約を結んでおります。

<保険会社> 東京海上日動火災保険株式会社

<代理店> バリュース・エージェント

令和 年 月 日

よもぎケアセンターの介護予防短期入所生活介護サービス及び短期入所生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
名称 短期入所生活介護事業所よもぎケアセンター

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護及び短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、説明内容及びサービスの利用ならびに計画の作成の為の個人情報の提供について同意いたします。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

家族又は代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_



(訪問介護・介護予防訪問介護)

## よもぎケアセンター

### 重要事項説明書

#### 1. 経営法人

法人名 社会福祉法人 わとなーる  
所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
電話 0174-27-3445  
FAX 0174-27-3457  
代表者 理事長 村 元 裕  
設立 平成 9年 4月 1日

#### 2. よもぎケアセンター指定訪問介護事業所の概要

##### (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	よもぎケアセンター
所在地	青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地
電話番号	0174-27-3464
FAX番号	0174-27-3457
事業所番号	指定訪問介護 (指定事業所番号 0272000225)
・その他のサービス	・ 居宅介護支援 (指定事業所番号 0272000225) ・ 介護予防訪問介護相当事業 (指定事業所番号 0272000225) ・ 通所介護 (指定事業所番号 0272000225) ・ 介護予防通所介護相当事業 (指定事業所番号 0272000225) ・ 短期入所生活介護 (指定事業所番号 0272000225) ・ 介護予防短期入所生活介護 (指定事業所番号 0272000225) ・ 特別養護老人ホーム (指定事業所番号 0272000274)
サービスを提供できる地域	蓬田村、青森市、外ヶ浜町 *上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

管理者（サービス提供責任者を兼ねる）	1名
訪問介護員（管理者含む）	4.5名

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯	早朝	夜間	深夜	備考
	8:00~18:00	6:00~8:00	18:00~22:00	22:00~6:00	
平日	○	○	○		
土日	○	○	○		
祝祭	○	○	○		

\*時間帯によって料金が異なります。

ご希望により他の時間帯もサービスの提供をいたします。

3. 当事業所の指定訪問介護サービスの特徴

(1) 運営方針

- ① 指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、訪問介護計画及び介護予防訪問相当事業介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。
- ② 指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うこと旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ③ 指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、介護技術の進歩に対し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- ④ 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
訪問介護員変更の可否	可	変更を希望される方はお申し出下さい
男性介護員の有無	無	
従業員への研修の実施	有	園内外の研修2回以上
サービスマニュアルの作成	有	

#### 4. サービス内容

##### (身体介護)

- ① 食事介助—必要性に応じた食事に関する介助
- ② 入浴介助—手・足・指・毛髪および全身の清潔に関する介助
- ③ 排泄介助—おむつ交換、トイレへの移動、排尿・排便介助
- ④ 清拭—全身の清潔維持のための拭き取り介助
- ⑤ 体位交換      ⑥ 起床・就寝介助      ⑦ 服薬介助

##### (生活援助)

- ① 買物—援助上必要なものの買物等
- ② 調理—食事の調理、配膳、後片付け等
- ③ 掃除—利用者の生活上必要な居室内掃除、台所掃除、ゴミ出し
- ④ 洗濯—利用者の衣類の洗濯、乾燥、取り入れ等

##### (通院等乗降介助)

- ①乗車・降車の介助

##### (その他のサービス)

- ① 介護相談—利用者の介護のための情報収集、生活上の助言・情報提供、話を聞くこと等による精神的支援等

#### 5. 利用料金

##### (1) 利用料

①介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金(料金表)の1割です。但し、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

##### 【料金表—基本料金・昼間—】

##### ・介護予防訪問介護

介護予防訪問介護費相当事業Ⅰ (要支援1. 2、事業対象者)	週1回程度の介護予防訪問介護相当事業が必要とされた者 (1月につき1, 176単位)
介護予防訪問介護費相当事業Ⅱ (要支援1. 2、事業対象者)	週2回程度の介護予防訪問介護相当事業が必要とされた者 (1月につき2, 349単位)
介護予防訪問介護費相当事業Ⅲ (要支援2、事業対象者)	週2回を超える程度の介護予防訪問介護相当事業が必要とされた者 (1月につき3, 727単位)
予防特別地域訪問介護加算	合計金額の15%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	合計金額の22.4%

・訪問介護

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満
	163円	244円	387円
生活援助	20分以上 45分未満		45分以上
	179円		220円
通院等乗降 介助	一回 97円		
特定事業所加算(Ⅱ)	合計金額の10%		
特別地域訪問介護加算	合計金額の15%		
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	合計金額の22.4%		

\*算定要件(身体介護(20分未満))

下記の①又は②の場合に算定する。

①夜間・深夜・早朝(午後6時から午前8時まで)に行われる身体介護であること。

②日中(午後8時から午後6時まで)に行われる場合は、以下のとおり。

<利用対象者>

- ・介護度3から介護度5までの者であり、障害高齢者の日常生活自立度ランクBからCまでの者であること。
- ・当該利用者に係るサービス担当者会議(サービス提供責任者が出席するものに限る。)が3月に1回以上開催されており、当該会議において、1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であると認められた者であること。

<体制要件>

- ・午後10時から午前6時までを除く時間帯を営業日及び営業時間として定めていること。
- ・常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること。
- ・次のいずれかに該当すること。
  - ア 定期巡回・随時対応サービスの指定を併せて受け、一体的に事業を実施している。
  - イ 定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があり、実施に関する計画を策定している。

\*初回の利用の月に初回加算あります。(200円)

\*基本料金に対して、早朝(午前6時~午前8時)・夜間(午後6時~午後10時)帯は25%増しになります。

\*上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス

計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

\*やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は上記金額の200%の料金となります。

## (2) キャンセルについて

- ① 利用者のご都合でサービスを中止する場合、お早めにご連絡をいただけますようお願い申し上げます。

(連絡先 電話0174-27-3464)

## (3) 利用料の支払方法

- ① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法  
毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日までにお支払いください。  
お支払方法は、現金集金、銀行振込、JA・郵便局口座自動引落しの3通りの中から自由に選べます。お支払いいただきますと領収証を発行いたします。

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

- ① まずはお電話でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。
- ② 訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
- ③ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします
- ③ 自動終了  
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
  - ・お客様が介護保険施設に入所した場合
  - ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の、要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合\*この場合、条件を変更して再度契約することができます。
  - ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・予定していた訪問介護員が体調不良等により訪問できなくなった場合、事前にお客様にご連絡し、調整いたします。

7. 緊急時の対応方法

- ① サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所へ連絡いたします。

緊急連絡先			
緊急連絡先 氏名		続柄	
住所		電話	
家族又は代理人		続柄	
住所		電話	
主治医			
病院名 (科)			
氏名			
住所			
電話			

## 8. 事故発生時の対応

- ① サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

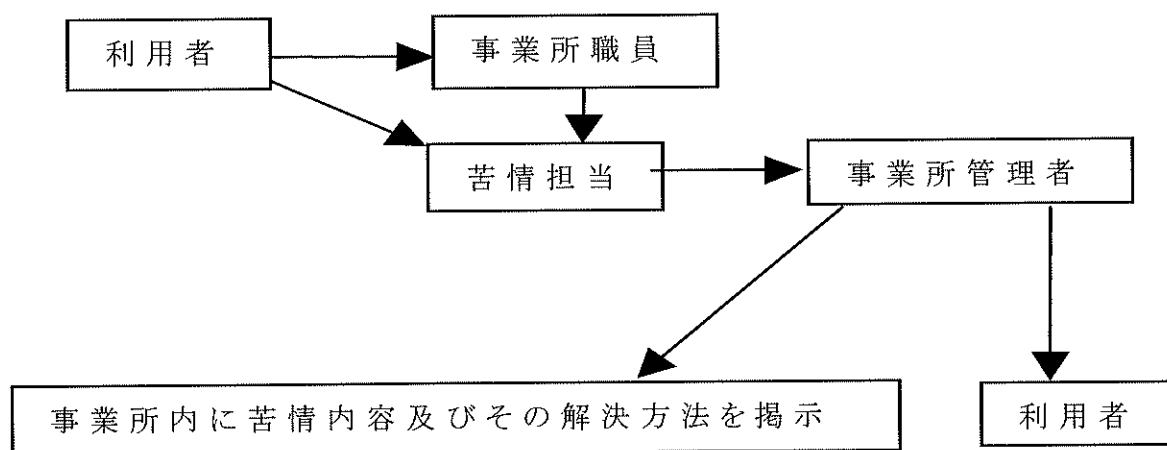
なを、当施設の介護サービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

## 9. サービス内容に関する苦情

- ① 当事業所お客様相談・苦情担当

担当部署　よもぎケアセンター  
責任者　岡本　剛　担当　坂本　千春  
電話番号　0174-27-3464  
受付時間　午前8時30分～午後5時30分

- ② 苦情処理体制



- ③ その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- 1) 市町村名　蓬田村役場  
担　　当　　住民生活課  
電話番号　　0174-27-2111

- |    |       |                |
|----|-------|----------------|
| 2) | 市町村名  | 外ヶ浜町役場         |
|    | 担 当   | 保健福祉課          |
|    | 電話番号  | 0174-31-1111   |
| 3) | 市町村名  | 青森市役所          |
|    | 担 当   | 健康福祉部 高齢介護保険課  |
|    | 電話番号  | 017-734-5362   |
| 4) | そ の 他 | 青森県国民健康保険団体連合会 |
|    | 担 当   | 苦情処理委員会        |
|    | 電話番号  | 017-723-1336   |

#### 10. 秘密保持について

- ① 当該事業の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ② 当該事業の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③ 事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意書を得た上で、必要な範囲内でご利用者又は御家族の個人情報を用います。

#### 11. 当会の概要

法人名      社会福祉法人 わとなーる  
 代表者      理事長 村元 裕  
 所在地      青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
 電話番号    0174-27-3445  
 定款の目的に定めた事業

- 1 特別養護老人ホーム蓬生園の設置経営
- 2 老人短期入所事業
- 3 老人デイサービス事業
- 4 老人介護支援センター運営事業
- 5 老人居宅介護等事業
- 6 居宅介護支援事業
- 7 地域包括支援センターの事業
- 8 障害福祉サービス事業
- 9 認知症対応型老人共同生活援助事業



指定訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

契約締結日 令和 年 月 日

事業所

<事業者名> よもぎケアセンター  
<事業所番号> 0272000225  
<住所> 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
<代表者名> 社会福祉法人 わとなーる  
よもぎケアセンター  
センター長 岡本 剛

説明者氏名 坂本 千春 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定訪問介護についての重要事項の説明を受け、本書面の説明内容について同意します。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族又は代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

# よもぎケアセンター居宅介護支援事業所 重要事項説明書

## 1. 経営法人

法人名 社会福祉法人 わとなーる  
所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397  
電話 0174-27-3445  
FAX 0174-27-3457  
代表者 理事長 村元 裕  
設立 平成 9年 4月 1日

## 2. 居宅介護支援事業所の概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	よもぎケアセンター
所在地	青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397
電話番号	0174-27-3464
FAX番号	0174-27-3457
介護保険事業所番号	0272000225
サービスを提供する実施地域※	蓬田村、青森市、外ヶ浜町、今別町 ※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 事業所の職員体制

管理者 七戸 崇 (常勤兼務)  
介護支援専門員 七戸 崇・羽賀 靖

### (3) 営業日及び営業時間

月曜日～金曜日 (祝日含む) 午前8時30分から午後5時30分

※ (1月1日～1月2日は休業)

### (4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 3. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

### (1) 利用者の相談を受ける場所

事業所の相談室及び利用者の居宅等。

### (2) 内容及び手続きの説明及び同意

- ① 指定居宅介護支援の提供開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事

項を記した文書を交付して説明を行います。また、指定居宅介護支援の提供の開始について利用申込者の同意を得るものとします。

- ② 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し居宅サービス計画（以下「計画」という。）が介護保険法に規定する基本方針及び利用申込者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得るものとします。
- ③ 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めるものとします。

### (3) 計画の作成

- ① 利用者宅を訪問し、利用者や家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握するものとします。（使用する課題分析方式は全国社会福祉協議会方式）
- ② 提供するサービスにより達成すべき目標と達成時期、サービス等を提供する上での留意点などを盛り込んだ計画の原案を作成します。
- ③ 居宅サービス計画の原案は、利用者家族、居宅サービス事業者等の参加により、サービス担当者会議を開催して、担当者から専門的見地からの意見を求めることとし、開催場所は原則として事業所の会議室で行うこととします。ただし、必要に応じて居宅サービス事業所の事務室等を用いる場合もあります。
- ④ 計画の原案に位置づけた指定居宅サービス事業者等について、それぞれの種類、内容、利用料（自己負担）の説明をする他、選定理由についても説明を求めることができること、作成した居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、この号において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合並びに事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち、同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものの占める割合等につき、文書の交付及び口頭により説明し、文書に利用者の署名（記名押印）受けるものとします。
- ⑤ 指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認める時は、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治医の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します。
- ⑥ 担当職員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には、当該利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めるものとします。
- ⑦ 前号の場合において、担当職員は、計画を作成した際には、当該計画を主治の医師等に交付します。

- ⑧ 計画の原案は利用者、家族と協議をしたうえで、必要があれば変更を行い、利用者から文書で同意を得たうえで決定します。
- (4) 前号により作成された居宅サービス計画について、利用者及び家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。また、作成した居宅サービス計画は利用者及び担当者に交付します。
- (5) モニタリングに当たっては、少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接を行い、その結果を記録します。
- (6) 居宅サービス計画を変更した場合、利用者が要介護更新認定又は要介護状態の変更の認定を受けた場合は、サービス担当者会議を開催します。

#### 4. 利用料金

##### (1) 利用料（ケアプラン作成料）

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所から指定居宅介護支援提供証明書と領収書を発行いたします。この指定居宅介護支援提供証明書と領収書を後日市町村の窓口に出しますと、全額払戻を受けられます。

##### (居宅介護支援利用料)

###### ① 介護支援専門員取扱件数 40 件未満の場合

要介護 1・2	12,370円	要介護 3・4・5	16,080円
---------	---------	-----------	---------

###### ② 介護支援専門員取扱件数 40 件以上 60 件未満の場合

要介護 1・2	6,200円	要介護 3・4・5	8,030円
---------	--------	-----------	--------

###### ③ 介護支援専門員取扱件数 60 件以上場合

要介護 1・2	3,710円	要介護 3・4・5	4,810円
---------	--------	-----------	--------

###### ④ 加算を算定した場合

初回加算 1ヶ月につき 3,000円 (初回のみ)

入院時情報連携加算 (I) 1ヶ月につき 2,000円

入院時情報連携加算 (II) 1ヶ月につき 1,000円

退院・退所加算 (I) イ 入院または入所期間中1回を限度に 4,500円

退院・退所加算 (I) ロ 入院または入所期間中1回を限度に 6,000円

退院・退所加算 (II) イ 入院または入所期間中1回を限度に 6,000円

退院・退所加算 (II) ロ 入院または入所期間中1回を限度に 7,500円

退院・退所加算 (III) 入院または入所期間中1回を限度に 9,000円

通院時情報連携加算 利用者1人につき1カ月に1回 500円

##### (2) 交通費

前記2の(1)のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

##### (3) 解約料

お客様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません

## 5. 秘密保持

- (1) 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために個人情報サービスをサービス担当者会議で用いることを、本契約をもって同意とみなします。

## 6. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、介護サービス事業者等に連絡を行います。

なお、事業所のサービス提供中に、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険ジャパン日本興亜(株)と損害賠償保険契約を結んでおります。

## 7. サービス内容に関する苦情

### (1) 当事業所の相談・苦情窓口

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。担当介護支援専門員または管理者までお申し出ください。また、担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

### (2) その他の窓口

当事業所以外に市町村の窓口等に苦情を伝えることができます。

蓬田村役場 住民課	電話	0174-27-2111
青森県国民健康保険団体連合会	電話	017-723-1301

### (3) 苦情処理手順方法

- ① 苦情の申立書を受付けます。
- ② 当事業所が苦情に関する調査を行います。
- ③ その調査結果を受けて事業所が改善すべき事項を検討します。
- ④ 改善すべき事項をもとに当該事項に関する指導を実施します。
- ⑤ その結果を利用者又はそのご家族へ報告します。

## 8. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、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ンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要

に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

## 9. 虐待防止に関する事項

- (1) 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します。
  - ①虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
  - ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備を整えます。
  - ③その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）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します。

## 10. 衛生管理等

従業者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。また、事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、必要な措置を講じるものとします。

(付属別紙1)

## 要介護認定前に居宅介護支援の提供が行われる場合の特例事項に関する重要事項説明書

利用者が要介護認定申請後、認定結果がでるまでの間、利用者自身の依頼に基づいて、介護保険による適切な介護サービスの提供を受けるために、暫定的な居宅サービス計画の作成によりサービス提供を行う際の説明を行います。

### 1. 提供する居宅介護支援について

- ・ 利用者が要介護認定までに、居宅介護サービスの提供を希望される場合には、この契約の締結後迅速に居宅サービス計画を作成し、利用者にとって必要な居宅サービス提供のための支援を行います。
  - ・ 居宅サービス計画の作成にあたっては、計画の内容が利用者の認定申請の結果を上回る過剰な居宅サービスを位置づけることのないよう、配慮しながら計画の作成に努めます。
  - ・ 作成した居宅サービス計画については、認定後に利用者等の意向を踏まえ、適切な見直しを行います。
  - ・ 公正中立なケアマネジメントの確保
- ① 介護支援専門員に対し、複数の指定居宅サービス事業所等の紹介を求める事、及び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の理由を求める事が可能であることを利用者へ説明します。
  - ② 利用者が医療機関へ入院する必要性が生じた場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該医療機関へ伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求めます。

### 2. 要介護認定後の契約の継続について

- ・ 要介護認定後、利用者に対してこの契約の継続について意思確認を行います。このとき、利用者から当事業所に対してこの契約を解約する旨の申し入れがあった場合には、契約は終了し、解約料はいただきません。
- ・ また、利用者から解約の申し入れがない場合には、契約は継続しますが、この付属別紙に定める内容については終了することとなります。

### 3. 要介護認定の結果、自立（非該当）または要支援となった場合の利用料について

要介護認定等の結果、自立（非該当）又は要支援となった場合は、利用料をいただきません。

### 4. 注意事項

要介護認定の結果が不明なため、利用者は以下の点にご注意いただく必要があります。

- (1) 要介護認定の結果、自立（非該当）又は要支援となった場合には、認定前に提供された居宅介護サービスに関する利用料金は、原則的に利用者にご

負担いただくこととなります。

- (2) 要介護認定の結果、認定前に提供されたサービスの内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合には、保険給付とならないサービスが生じる可能性があります。この場合、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を利用者においてご負担いただくこととなります。



本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

居宅介護支援の提供開始に際し、利用者に対して重要事項について説明しました。

令和 年 月 日

**【事業所】**

所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397

事業所 よもぎケアセンター

説明者 印

事業者から居宅介護支援についての重要事項について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

**【利用申込者】**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**【家族又は代理人】**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) (印)