

訪問介護事業所 ユーシャイン

# 重要事項説明書

2025年 7月 1日改訂

社会福祉法人 優輝福祉会

# 重要事項説明書

(訪問介護事業所ユーシャイン)

あなたに対する生活援助訪問サービス事業の提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、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. 事業者概要

事業者の名称	社会福祉法人 優輝福祉会
主たる事務所の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

## 2. ご利用事業所

施設の名称	訪問介護事業所 ユーシャイン
施設の所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
指定番号	広島県 3474700121 号
管理者の氏名	伊藤昌代
電話番号	0824-88-3000
FAX番号	0824-88-3030
ホームページ	<a href="https://www.yuukifukushikai.com/">https://www.yuukifukushikai.com/</a>
メールアドレス	youshine@yuukifukushikai.com
各事業所につき介護保険法令に基づき庄原市長から指定を受けている生活支援サービスの種類	生活援助訪問サービス

## 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅要支援者の居宅において生活援助を行うサービス提供をする事を目的とする。
運営の方針	指定生活援助訪問サービスの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、生活援助等の支援を行うことにより、利用者的心身機能の維持回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

## 4. 営業時間及びサービス提供地域

営業日	日曜日～土曜日
営業時間	7:00～20:00（希望に応じて）
サービス提供地域	庄原市

## 5. ご利用事業所の職員体制

令和6年4月1日現在

ご利用事業所の従業者の職種	員数 勤務の体制	職務内容
管理 者	1人 常勤専従	<p>①従業者及び業務の管理を、一元的に行います。</p> <p>②従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</p>
訪問事業責任者	2人 常勤兼務 2名 (訪問介護員兼務)	<p>①予防訪問事業の利用の申込みに係る調整を行います。</p> <p>②利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。</p> <p>③サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者等（介護予防支援事業者（地域包括支援センター）より介護予防ケアマネジメントの業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）と連携を図ります。</p> <p>④訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。</p> <p>⑤訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。</p> <p>⑥訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。</p> <p>⑦訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。</p> <p>⑧利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、予防訪問事業の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した訪問型サービス個別計画（以下「個別計画」という。）を作成します。</p> <p>⑨既に介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防ケアプラン等」といいます。）が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って個別計画を作成します。</p> <p>⑩個別計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</p> <p>⑪個別計画の内容について、利用者の同意を得たときは、当該個別計画書を利用者に交付します。</p> <p>⑫個別計画に基づくサービスの提供にあたって、当該個別計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防ケアプラン等を作成した介護予防支援事業者等に少なくとも月1回報告します。</p> <p>⑬個別計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該個別計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該個別計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）を行います。</p> <p>⑭モニタリング結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防ケアプラン等を作成した介護予防支援事業者等に報告します。</p> <p>⑮上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて個別計画の変更を行います。</p> <p>⑯その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。</p>
訪問	20人	①個別計画に基づき、日常生活を営むのに必要な予防訪問

介護員	常勤兼務2名 非常勤専従 18名	事業のサービスを提供します。 ②サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで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提供します。 ③サービス提供後、利用者的心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 ④サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。
-----	------------------------	---

## 6. 提供するサービスの内容及び費用について

### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
生活援助	買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
	薬の受取	利用者の薬の受取代行を行います。
	衣服の入替	利用者の衣類の整理を行います。

### (2) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- 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（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）
- 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

### (3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

(1か月あたり)	自己負担額 1割	自己負担額 2割	自己負担額 3割
□生活援助訪問サービス費（Ⅰ） 要支援1・2週1回程度	941単位	1,882単位	2,823単位
□生活援助訪問サービス費（Ⅱ） 要支援1・2週2回程度	1,880単位	3,760単位	5,640単位
□生活援助訪問サービス費（Ⅲ） 要支援2週2回以上	2,982単位	5,964単位	8,946単位
□初回加算 1回につき（月あたり）	200単位	400単位	600単位
*地域単価 1単位あたり、10円（その他）			
*加算要素 □介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の 22.4%			
*減算要素 □同一敷地内・同一建物減算 所定単位数の 90.0%			

※初回加算は、新規に個別計画を作成した利用者に対して、初回に実施した指定生活援助訪問と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定生活援助訪問を行う場合又は他の訪問介護員等が指定生活援助訪問を行った際に同行訪問した場合に加算します。

※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となり、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記金額の85/100となります。

#### (4) その他の費用について

交通費	<input type="checkbox"/> 必要ありません。
サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。
通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費	実費相当を請求いたします。

#### (5) 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及び支払方法について

①生活援助訪問サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。

但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額をお支払い、その後市町村から9割分の払い戻しを受ける方法）の方の方法をご希望の場合は、お申し出ください。

②提供を受ける生活援助訪問サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

当事業者は、あなたに対し、毎月30日までに、サービスの提供日、計画書を送付します。

③毎月の利用料は、翌月20日までに自動引き落としの方法でお支払いください。

（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください）。

##### \*保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

#### 7. 担当する生活援助訪問職員等の変更をご希望される場合について

(1)あなたはいつでも担当の訪問介護職員の変更を申し出ることができます。その場合、生活援助訪問サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

(2)当事業者は、担当の訪問介護職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問介護職員を変更することができます。その場合には、事前にあなたの了解を得ます

#### 8. サービスの提供にあたって

(1)サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援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。

(2)利用者が要支援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、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントが利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援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、必要な援助を行います。

(3)利用者に係る介護予防支援事業者等が作成する「介護予防ケアプラン等」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、生活援助訪問の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「個別計画」を作成します。なお、作成した「個別計画」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただけ

ようお願いします。

(4)サービス提供は「個別計画」に基づいて行います。なお、「個別計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(5)訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います

(6)このサービスの提供にあたっては、あなたの要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、要支援状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。

(7)サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からぬことがありますたら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

(8)サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したもの用います。

(9)訪問介護員への禁止行為

次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。

①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

②職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

③職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

(10)担当の職員

あなたの担当の訪問介護職員は、以下の通りです。

( )  
( )  
( )  
( )

上記の責任者は（塚原幸子）です。

\*職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

## 9. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるところより必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する担当者を選定しています。

[解決責任者] 施設長	伊藤 昌代	TEL 0824-88-3000
[窓口担当者] 係長	塚原 幸子	Fax 0824-88-3030

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。

(5)虐待防止のための指針を整備しています。

(6)従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7)サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居等）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. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、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、以下の(1)から(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1)切迫性・・・直ちに身体的拘束等を行わなければ、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
- (2)非代替性・・・身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合

## II. 秘密の保持と個人情報保護について

(1) 秘密の保持について	業務上知り得た利用者及び家族の情報については厳密に保持します。
(2) 個人情報の保護について	<p>①この法人が取扱う個人情報は、その利用目的の範囲内でのみ利用します。また、利用目的を遂行するために業務委託をする場合並びに法令等の定めに基づく場合や、人の生命、身体又は財産の保護のために必要とする場合をのぞいて、個人情報を第三者へ提供することは致しません。</p> <p>②全ての個人情報は、不正アクセス、盗難、持出し等による、紛失、破壊、改ざん及び漏えい等が発生しないよう適正に管理し、必要な予防・是正措置を講じます。</p> <p>③個人情報をもとに、利用目的内の業務を外部に委託する場合は、その業者と個人情報取扱契約書を締結するとともに、適正な管理が行われるよう管理・監督します。</p> <p>④個人情報の本人による開示・訂正、利用停止等の取扱いに関する問合せは、各施設の部門長が隨時受付け、適切に対応します。また、個人情報の取扱いに関する苦情を受付ける窓口を設け、苦情を受けた場合には、適切かつ速やかに対応いたします。</p>

## I2. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います  
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の 主治医	主治医名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

## I3. 事故発生時の対応について

- (1)当施設は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万一、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、関係市町村等に連絡をするとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。
- (2)当施設の責に記すべき事由により利用者の生命・身体、財産等に損害を与えた場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。その為に損害保険を付保します。  
但し、その損害の発生について利用者に故意または過失が認められる場合、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。また、施設の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

## I4. 心身の状況の把握

指定生活援助訪問の提供にあたっては、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、利用者的心身の状況、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。

## I5. 介護予防支援事業者等との連携

- (1) 指定生活援助訪問の提供にあたり、介護予防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「個別計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防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介護予防支援事業者に送付します。

## I6. サービス提供の記録

- (1)指定生活援助訪問の実施ごとに、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)指定生活援助訪問の実施ごとに、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)事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3)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、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ②事業所における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従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 18. 業務継続計画の策定等について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定生活援助訪問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（業務継続計画）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。

## 19. サービス提供に関する相談、苦情について

利用者およびその家族は、当事業者のサービスについていつでも苦情を申し立てることができます。

### (1)苦情処理の体制および手順

- ①受付担当者は、苦情の内容及び申し出人の希望などを的確に把握する。
- ②苦情申し出人と管理者の話し合いによる解決を基本とする。
- ③前項の話し合いにあたり、申し出人または管理者は必要に応じ関係機関の立会いを求めることができる。
- ④事業者段階で解決できない場合は、運営適正委員会を紹介するなど必要な情報提供を行う。

### (2)苦情受付窓口

[解決責任者]	管理者 伊藤 昌代	TEL 0824-88-3000
[窓口担当者]	係長 塚原 幸子	Fax 0824-88-3030

ご意見箱（玄関に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

### (3)第三者委員

上杉千恵美	電話番号 (0824-73-0559) 歌手
奥 易之	電話番号 (0824-88-2548) 無職
宮崎 文隆	電話番号 (0824-66-2317) 団体役員

(4)公的機関の苦情及び虐待受付窓口

市町介護保険相談窓口等	住所・電話番号等	対応時間
庄原市総領支所 地域振興室市民生活係	庄原市総領町下領家 280 番地 1 TEL 0824-88-3063 Fax 0824-88-2978	8:30~17:15
庄原市生活福祉部 高齢者福祉課介護保険係	庄原市中本町一丁目 10-1 TEL 0824-73-1167 Fax 0824-75-0245	8:30~17:15
三次市福祉保健部 高齢者福祉課介護保険係	三次市十日市中二丁目 8-1 TEL 0824-62-6387 Fax 0824-62-6285	8:30~17:15
府中市健康福祉部 介護保険課介護福祉係	府中市府川町 315 TEL 0847-40-0222 Fax 0847-45-5522	8:30~17:15
広島県国民健康保険団体 連合会（国保連） 介護保険課	広島市中区東白島町 19-49 国保会館 TEL 082-554-0783 Fax 082-511-9126	8:30~17:15

(5)その他参考事項

- ①管理者は、利用者からの苦情に対し、必要があるときには市町村に連絡をします。
- ②管理者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、また、国民健康保険体連合会からの指導、助言に従って必要な改善を行います。
- ③普段から利用者からの苦情が出ないようサービス提供を心がけます。

20. サービスの第三者評価の実施状況

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実 施 日	
		評 価 機 関 名 称	
		結 果 の 開 示	1 あり 2 なし
	2 なし		

21. 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、社会福祉法人優輝福祉会ホームページにおいて公開しています。

令和 年 月 日

当事業者（乙）は、利用者に対する生活援助訪問サービスの提供開始に当たり、利用者、利用者の家族に対して、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）居宅サービス事業者

事業者名 社会福祉法人 優輝福社会  
事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地  
事業所名 訪問介護事業所 ユーシャイン  
代表者氏名 理事長 森重 利夫

説明者 所属 訪問介護事業所 ユーシャイン

氏名 \_\_\_\_\_

私（甲）は、重要事項説明書に基づいて、生活援助訪問サービス事業者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）利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲1の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

理由 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

（甲2）利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_