

予防給付型訪問サービス

ホームヘルプサービスセンターSUN

ホームヘルプサービスセンターSUN

重要事項説明書（予防給付型訪問サービス）

令和 7 年 4 月 1 日現在

予防給付型訪問サービスの提供にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 響会
事業者の所在地	山口県下関市豊浦町川棚 1 2 1 3 9 番地 2
電話番号	0 8 3 - 7 7 4 - 3 9 0 1
代表者氏名	理事長 稲村 恭平
設立年月日	平成 1 5 年 1 0 月 7 日

2 ご利用事業所

事業の種類	第 1 号訪問事業（予防給付型訪問サービス）
事業所の名称	ホームヘルプサービスセンターSUN
指定事業者番号	第 3 5 7 0 1 0 2 1 4 9 号
事業所の所在地	山口県下関市豊浦町吉永 1 8 1 5 - 1
管理者	稲村 恭平
サービス提供責任者	清水 育世・西田 幸司
電話番号	0 8 3 - 7 7 4 - 3 9 1 5
FAX 番号	0 8 3 - 7 7 4 - 3 9 1 6
開設年月日	平成 1 7 年 3 月 1 日

事業の目的

ホームヘルプサービスセンターSUNが行う、予防給付型訪問サービス事業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、事業者の介護福祉士または、訪問介護研修の修了者が、要支援状態又は総合事業対象となった高齢者等に対し、適正な予防給付型訪問サービスを提供することを目的とする。

運営方針

1. 事業者の訪問介護員等は、利用者が要支援状態及び総合事業対象となった場合でも、可能な限り居宅において、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、入浴、排泄、食事の介助、その他の生活全般にわたる援助を行う。
2. 事業の実施にあたっては、市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努める。

3 営業日

営業日	月曜日から土曜日 但し、1月1日から1月3日までを除く (日曜日は休業)
営業時間	8時から17時までとする。

4 事業の実施区域

実施区域	豊浦町区域
------	-------

5 職員の種類・員数および職務内容

管理者	1名：(常勤 兼務) 管理者は、職員の管理、業務の実施状況の把握、その他業務の管理を一元的に行う。
サービス提供責任者	2名：(常勤 訪問介護員兼務) サービス提供責任者は、事業所に対する予防給付型訪問サービスの利用者の申し込みに係る調整、訪問介護等に対する技術指導、予防給付型訪問サービス計画の作成を行う。
訪問介護員	2名(常勤) 1名(非常勤) 介護福祉士：2名(サービス提供責任者2名・訪問介護員兼務) 初任者研修修了者(2級課程修了者)：1名(専従) 訪問介護員は、予防給付型訪問サービスの身体介護・生活援助の提供に当たる。 訪問介護員の員数は、常勤換算方法で算定する。

事業所は、従業員の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備する。

- (1) 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内
- (2) 継続研修 年 2 回

6 サービスの概要

予防給付型訪問サービス

区 分	予防給付型 訪問サービス	算定項目	
予防給付型 1 1	身体介護 生活援助	週に 1 回程度	
予防給付型 1 2	身体介護 生活援助	週に 2 回程度	
予防給付型 1 3	身体介護 生活援助	週に 2 回を超える 程度の場合	
予防給付型 2 1	身体介護 生活援助	標準的な内容の予防給付型 訪問サービスである場合	
予防給付型 2 2	生活援助	20 分～45 分未満	生活援助が中心である場合
予防給付型 2 3	生活援助	45 分以上	生活援助が中心である場合
予防給付型短時間サービス	身体介護	短時間の身体介護が中心である場合	

7 利用料金

法定代理受理分	介護予防・日常生活支援総合事業費の告示上の額の 1 割（一定以上所得者の場合は、2 割又は 3 割）
法定代理受理分以外	介護予防・日常生活支援総合事業費の告示上の額

8 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある場合は、交通費の実費をいただきます。	
○片道 5 k m 未満	4 0 0 円
○片道 5 k m ～ 1 0 k m の場合	8 0 0 円
○片道 1 0 k m 以上、5 k m 毎	4 0 0 円加算
○タクシーを利用した場合は実費負担	

9 相談窓口

ご相談窓口	ご利用時間	月曜日から土曜日（1月1日から1月3日は除く） 午前8時30分から午後5時30分
	ご利用方法	電話 083-774-3915 FAX 083-774-3916
	担当者	サービス提供責任者 清水 育世

10 苦情申立て先

【苦情相談窓口】	
ホームヘルプサービスセンターSUN	サービス提供責任者 清水 育世 電話 083-774-3915
下関市福祉部長寿支援課 支援係	
住 所 下関市南部町1-1新館2階	
TEL 083-231-1340 FAX 083-231-1948	
受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土、日、祝日、年末年始を除く）	
山口県国民健康保険団体連合会	
住 所 山口市朝田1980番地7 国保会館	
TEL 083-995-1010 FAX 083-934-3665	
受付期間 午前9時00分～午後5時00分（土、日、祝日、年末年始を除く）	

11 緊急時・事故発生時の対応方法

(1) サービスの提供中に、緊急時や事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。さらに、事業所及び関係機関に連絡するとともに、利用者の主治医又は医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。 (2) サービス提供中に事故が発生し、損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに契約者に対して損害を賠償します。

12 秘密保持

事業者及びサービス従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、事前に文書にて同意いただいた事項については、この限りではありません。
--

13 損害賠償責任保険への加入

事業者の責に基づく損害賠償責任を履行するため、損害賠償保険に加入するものとする。
--

加入保険会社名

東京海上日動火災保険株式会社

1 4 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施無し

1 5 衛生管理

職員は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必要な措置を講じるものとする。

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、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (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する。
- (3) 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実施する。

1 6 虐待の防止について

事業所は、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るものとする。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前1号から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。

役職：管理者 氏名：稲村 恭平

また事業所は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した際は、速やかに下関市の担当窓口へ通報するものとする。

1 7 業務継続計画

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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画に従い必要な措置を講じる。

また、業務継続計画について周知を図るとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。

個 人 情 報 に 関 す る 同 意

記

提供する第三者

市町村関係各課、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、その他介護保険及び高齢者保健福祉サービスに関わる関係者

利用する者の利用目的

利用者基本情報の把握、介護サービス計画書作成、サービス担当者会議、関係者間での連絡調整、その他本人の状況に応じた適切な介護保険及び高齢者保健福祉サービス提供の為

提供する個人情報

利用者個人情報、要介護認定または要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、基本チェックリスト、基本健康診査結果、介護サービス計画書、アセスメント表、モニタリング表等の個人に関わる記録

以上

私は、社会福祉法人 響会が設置する、ホームヘルプサービスセンター SUNが第三者に対して、上記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該、第三者が提供の趣旨に従った上記の目的で当該個人情報を利用する事に同意します。

利用者名 _____ 印

代筆者名 _____ 印

続柄 ()

利 用 料 金 表

第 1 号事業支給費では原則として、受けたサービスの費用の 1 割（一定以上所得者の場合は、2 割又は 3 割）にあたる金額を、ご利用者にご負担いただく仕組みになっています。

予防給付型訪問サービス

サービス内容略称	算定項目			単位数 (円)	算定単位
予防給付型 1 1	1 週当たりの標準的な回数を定める場合	(1) 1 週に 1 回程度の場合		1, 176	1 月につき
予防給付型 1 2		(2) 1 週に 2 回程度の場合		2, 349	1 月につき
予防給付型 1 3		(3) 1 週に 2 回を超える程度の場合		3, 727	1 月につき
予防給付型 2 1	1 月当たりの回数を定める場合	(1) 標準的な内容の予防給付型訪問サービスである場合		287	1 回につき
予防給付型 2 2		(2) 生活援助が中心である場合	a 所要時間 2 0 分以上 4 5 分未満の場合	179	
予防給付型 2 3			b 所要時間 4 5 分以上の場合	220	
予防給付型 短時間サービス		(3) 短時間の身体介護が中心である場合		163	
予防給付型訪問サービス初回加算			2 0 0 単位		
介護職員処遇改善加算 (I)			(基本単位数 + 加算対象サービス) × 0 . 1 8 2		

※ 負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。

毎月 10 日前後に請求書を発行いたしますので、末日までにお支払いください。

1) ご利用日にての現金支払い

2) 下記指定口座への振り込み（＊振込手数料別途かかります。）

【振込先】

西中国信用金庫 川棚支店

口座番号 普通 0 1 8 9 7 3 2

口座名義 社会福祉法人 響会 理事長 稲村 恭平

3) 口座引き落とし 毎月20日となります。但し、土日・祭日が、
 【金融機関】 かかる場合は、金融機関翌営業日となります。
 山口銀行 （＊口座引き落とし手数料は110円かかります。）