

鳴瀬ヘルパーステーション

重要事項説明書

社会福祉法人やすらぎ会

訪問事業(訪問介護相当サービス・指定居宅サービス(訪問介護))重要事項説明書

あなた(利用者)に対する訪問事業(訪問介護相当サービス・指定居宅サービス(訪問介護))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	社会福祉法人やすらぎ会
主たる事務所の所在地	東松島市野蒜ケ丘三丁目27番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 亀井文行
設立年月日	昭和51年7月20日
電話番号	0225-98-7110

2. 事業所の概要

事業所の名称	鳴瀬ヘルパーステーション
サービスの種類	訪問事業(訪問介護相当サービス・指定居宅サービス(訪問介護))
事業所の所在地	〒981-0416 東松島市野蒜ケ丘三丁目27番地1
電話番号	0225-98-4916
事業所番号	0 4 7 1 4 0 0 0 5 1
通常の事業の実施地域	東松島市、松島町、石巻市(旧河南町、旧桃生町、旧北上町、旧雄勝町、旧牡鹿町地区および離島を除く)

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援・要介護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、訪問事業(訪問介護相当サービス・指定居宅サービス(訪問介護))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・要介護状態の軽減や悪化の防止の予防のため、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

訪問事業(訪問介護相当サービス・指定居宅サービス(訪問介護))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. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで(年中無休)
営業時間	24時間

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 2人 非常勤 2人
2級課程修了者	常勤 1人 非常勤 2人

7. サービスの提供の担当者

あなたへのサービスの提供の責任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	高山幸子 ・ 尾形和子
--------------	-------------

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割または2割または3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) 訪問介護相当サービスの利用料(事業対象者・要支援1・2)

サービス名称	サービスの内容	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
訪問型独自サービス11 (1月につき)	週1回程度の利用が必要な場合	1,176	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型独自サービス12 (1月につき)	週2回程度の利用が必要な場合	2,349	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型独自サービス13 (1月につき)	週2回を超える程度の利用が必要な場合	3,727	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円
訪問型独自サービス21 (1回につき)	月1～13回まで利用の場合	287	回数算定	287円	574円	861円
訪問型独自サービス22 (1回につき)	20分～45分の生活援助	179	回数算定	272円	358円	537円
訪問型独自サービス23 (1回につき)	45分以上の生活援助	220	回数算定	220円	440円	660円
訪問型独自短時間サービス (1回につき)	短時間の身体介護	163	回数算定	163円	326円	489円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 訪問介護サービスの利用料

区 分	時 間	1 回につき			
		基本利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
身体介護	20分以内	1,630円	163円	326円	489円
	20分以上30分未満	2,440円	244円	488円	732円
	30分以上1時間未満	3,870円	387円	774円	1,161円
	1時間以上 (30分毎に)	5,670円 +820円	567円 +82円	1,134円 +164円	1,701円 +246円
生活援助	20分以上45分未満	1,790円	179円	358円	537円
	45分以上	2,200円	220円	440円	660円
加 算	夜間(午後6時～10時)、早朝(午前6時～8時)にサービスを提供	所定の25%増			
	深夜(午後10時～午前6時)にサービスを提供	所定の50%増			

※身体介護とは、入浴・排泄の世話、衣類やシーツ交換等、直接身体に触れて行われる援助です。
(世帯や家族の状況に関わらず利用できます。)

※生活援助とは、住居の掃除・洗濯・買い物・料理等、日常生活に支障が生じないように行われる援助です。(ひとり暮らし等、利用できる条件があります。)

【加算：訪問介護相当サービス・訪問介護サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	基本単位
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	200
緊急時訪問介護加算	居宅サービス計画に位置付けられていない訪問介護(身体介護中心)を利用者又はその家族から要請を受けてから24時間以内に提供した場合、一回につき所定単位数(100単位)100円を加算します。	100
生活機能向上連携加算 (1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防ケアマネジメントを作成し、サービス提供した場合	100
介護職員等処遇改善加算(IV)※	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	所定単位数の145/1000

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

(3)その他の料金について

キャンセル料	利用日当日、訪問後に利用の中止を申し出た場合 (ただし、お客様の体調不良等、やむを得ない事由がある場合は、キャンセル料はいただきません。)	200 円
そ の 他	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、電気等の費用はお客様のご負担となります。	

(4)支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1 か月ごとにまとめて請求しますのでサービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. ヘルパーの決定等

実際のサービスにあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。お客様から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご相談ください。

事 項	有無	事 項	有無
ホームヘルパーの変更の可否	○	職員への研修の実施	○
男性ホームヘルパーの有無	×	その他	○
サービスマニュアルの作成	○		

※ヘルパーの変更に関しては、お客様等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことをあらかじめご了承ください。

10. 契約の終了

(1) 利用者は、事業者に対して1週間の予告期間を置いて文章で通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解除することができます。

(2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月間の予告期間を置いて、理由を示した文章で通知することにより、この契約を解除することができます。

(3) 次の事由に該当した場合は、利用者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

- ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ②事業者が守秘義務に反した場合。
- ③事業者が利用者やその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。
- ④事業者が破産した場合。

(4) 次の事由に該当する場合は、事業者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

- ①利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を払うように何度も催促したにもかかわらず30日以内に支払いがないとき
- ②利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院若しくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ③利用者又はその家族等が事業者やサービス従事者又は他の利用者に対して、本契約を継続しがたいほどの背面行為を行った場合。

(5) 次の理由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ②利用者の要支援・要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ③利用者が死亡した場合。

11. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、東松島市、松島町、石巻市(旧河南町、旧桃生町、旧北上町、旧雄勝町、旧牡鹿町地区及び離島を除く)を区域とします。

12. 心身の状況の把握

訪問介護の提供に当たっては、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等の把握に努めるものとします。

13. 虐待の防止について

事業者は利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために下記の対策を講じます。

- 一 虐待防止を啓発、普及するための従業者研修の実施
- 二 成年後見制度の利用を支援
- 三 苦情解決体制を整備

14. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及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及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。

事業者は、利用者からあらかじめ文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。

15. 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。

16. 事故発生時の対応

サービス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又は介護支援専門員及び東松島市へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

17. 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 0225-98-4916 苦情受付担当者 高山幸子
---------	-----------------------------------

(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	東松島市役所 福祉課高齢介護班	電話番号 0225-82-1111
	宮城県国民健康保険団体連合会	電話番号 022-222-7070

18. 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) サービスの提供の際、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、金銭などの貸借など、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地域包括支援センター又は介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

指定訪問介護の提供にあたり、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

所在地 宮城県東松島市野蒜ヶ丘三丁目27-1

名称 鳴瀬ヘルパーステーション

社会福祉法人 やすらぎ会

代表者 理事長 亀井文行 ㊞

サービス提供責任者

説明者 ㊞

私は、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ました。

利用者

住所

氏名 ㊞

(署名代行者)

住所

氏名 ㊞

個人情報の提供に関する同意書

個人情報 の 範囲	全ての 項目	<input type="checkbox"/> 氏名及び生年月日 <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 家族構成 <input type="checkbox"/> 病歴や主治医の氏名など健康状態に関すること <input type="checkbox"/> サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護サービスの内容に関する要望及び苦情
提供する目的		<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における情報交換のため <input type="checkbox"/> より良いサービスを受けて頂くための情報提供のため
提供する相手 方		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所及び他事業所
提供の方法		口答で説明及び文章に記載

社会福祉法人やすらぎ会

鳴瀬ヘルパーステーション

所長 入 駒 史 朗 殿

上記の目的の範囲内で、私の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

同意者署名欄

利用者本人	ⓐ
代理人	ⓐ
ご家族氏名	ⓐ