

重要事項説明書

「介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問介護(ホームヘルプ)」

様

医療法人 大泉会

介護支援センター くろいし

あなたが利用しようと考えている「第1号訪問介護」サービスに関する業務について、ご契約を交わす前に十分に説明すべき内容について、以下のようにお示しいたしますので、その説明に基づき納得がいきました場合には、ご契約いただきます。

もし、納得ができない場合や説明が足りない場合には遠慮なくご質問等お申し出下さい。

【1.事業者】

事業者名	医療法人 大泉会
代表者氏名	理事長 佐々木 徳之
所在地	大阪府堺市西区北条町1丁2番31号
電話番号	TEL:072-278-2921 FAX:072-278-2925

【2.事業所の概要】

事業所名称	介護支援センター くろいし
介護保険 指定事業者番号	大阪府指定 2770501068号
所在地	大阪府和泉市黒石町566番1
電話番号 相談担当者名	TEL:0725-57-2266 FAX:0725-57-2267 管理者:浦西 孝明
実施地域	和泉市・堺市
指定年月	平成29年4月1日
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。
関連業務	当事業所では、次の関連事業もあわせて実施しています。 ①介護老人保健施設 ②通所リハビリテーション ③短期入所療養介護 ④訪問リハビリテーション ⑤居宅介護支援センター

【3.サービス提供時間及び営業時間】

営業日	月曜日～土曜日	9時～17時
受付時間	月曜日～土曜日	9時～17時
サービス提供時間帯	月曜日～日曜日	9時～17時

自然災害等(台風、地震、積雪等)により臨時に休業する場合があります。

【4.職員の体制】

1.事業所長(管理者)	浦西 孝明	相談援助・苦情処理・管理業務	
職 種	勤務形態	資格等	人 員
2.サービス提供責任者	管理・ヘルパー業務	介護福祉士・実務者	2名
3.訪問介護員(常勤)	ヘルパー業務	実務者	1名
4.訪問介護員(非常勤)	ヘルパー業務	介護福祉士・ヘルパー2級	3名

【5.提供させていただくサービス】

(1)介護保険の給付の対象となるサービス

サービス区分と種類	サービスの内容
介護予防訪問介護計画の作成	利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防サービス計画(ケアプラン)等に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、サービス提供日時、具体的なサービスの内容等を定めた介護予防訪問介護計画を作成します。
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	使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

(2)訪問介護員の禁止行為

次に揚げるように、保険給付として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族からの金銭、預金通帳、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

(i)「直接本人への援助」に該当しない行為

- 主としてご家族の利便に供する行為又はご家族が行うことが適當であると判断される行為
- ・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買物、布団干し
- ・主として利用者が使用する居室以外の掃除

(ii)「日常生活援助」に該当しない行為

- 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないと判断される行為
- ・草むしり、花木の水やり、ペットの世話等

(iii)日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・家具電気器具等の移動、修繕、模様替え、大掃除、窓ガラス磨き、床のワックス掛け

⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

- ⑦身体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)サービスの利用開始及び利用の終了

利用者及びその家族からの申し出を受け、契約の締結後にサービスを開始致します。

利用者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。

【6.サービス利用料金】

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、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、越えた額の全額をご負担いただきます。

日常生活支援総合事業利用料金表

	援助項目	利用回数	単位	サービス利用料金	うち介護保険から給付される金額	1回あたりの利用者負担金額	1月あたりの利用者負担金額(目安)
和泉市	訪問型独自サービス 11	週1回程度の場合	1,176/月	12,253円	11,027円	—	1,226円
	訪問型独自サービス 12	週2回程度の場合	2,349/月	24,476円	22,028円	—	2,448円
	訪問型独自サービス 13	週2回を超える程度の場合	3,727/月	38,835円	34,951円	—	3,884円
	訪問型独自サービス 21	週1回か2回程度 (月に4回か8回まで)	287/回	2,990円	2,691円	299円	—
	訪問型独自サービス 22	生活援助が中心 (20分以上45分未満)	179/回	1,865円	1,678円	187円	—
	訪問型独自サービス 23	生活援助が中心 (45分を超える)	220/回	2,292円	2,062円	230円	—
	訪問型独自短時間サービス	短時間の身体介護が中心	163/回	1,698円	1,528円	170円	—
堺市	訪問型独自サービス 11	週1回程度 (1月に4回以上)	1,176/月	12,583円	11,324円	—	1,259円
	訪問型独自サービス 12	週2回程度 (1月に8回以上)	2,349/月	25,134円	22,620円	—	2,514円
	訪問型独自サービス 13	週2回を超える (1月に12回以上)	3,727/月	39,878円	35,890円	—	3,988円
	訪問型独自サービス 21	週1回か2回程度 (月に4回か8回まで)	287/回	3,070円	2,763円	307円	—

※平常の時間帯(午前8時から午後6時)での料金表です。

※上記金額は介護保険法で定められた地域単価(和泉市は1単位単価10円42銭、堺市は1単位単価10円70銭)で計算しております。

※ご契約者のサービス内容に応じた利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。

【 加算料金 】

- ・初回加算 200 単位／月(209 円)
- ・生活機能向上連携加算Ⅰ 100 単位／月(105 円)
- ・生活機能向上連携加算Ⅱ 200 単位／月(209 円)
- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ 算定単位の合計に 24.5%が加算
- ・初回加算 ・・・ 新規に訪問介護計画を策定した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合またはその他の訪問介護員が訪問介護を行う際に同行した場合に加算します。
- ・生活機能向上連携加算・・・自立支援型のサービス提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、共同による訪問介護計画を作成した場合に加算します。

【 キャンセル料 】

ご利用前日までにご連絡いただいた場合は無料
当日にキャンセルまたは不在の場合 1,000 円を頂戴いたします。

【7. 利用料、その他の費用請求及びお支払いについて】

利用料等の請求	①利用料、その他の費用はサービス提供毎に計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 ②実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実費を請求致します。 ③請求書は利用明細を添えて、利用月の翌月15日以降に送付いたします。	
お支払い方法	サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合の上、翌月の27日までに右記のいずれかの方法にてお支払いください。	① 各金融機関へ自動振替(原則) ② 現金支払い
領収書について	お支払い確認後、領収書を送付致しますので、必ず保管お願いします。	

【8.記録の保存・閲覧について】

訪問介護サービスの実施について記録を作成し、それを5年間保管します。

利用者及びその家族は事業者に対して、保管しているサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。(複写等の費用はご負担いただきます。)

【9.秘密の保持と個人情報の保護について】

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び従事者は、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。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続し、従事者が退職した後も継続します。
------------------------	---

個人情報の保護について	<p>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、利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>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>
-------------	--

【10. 緊急時の対応】

緊急事態の発生時には、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、その場での適切な対応、処置を行い、緊急手配が必要であれば、救急車の手配、緊急連絡先の確認と連絡、その他必要な処置をとります。

緊急時には、介護支援センター くろいし(0725-57-2266)に連絡して下さい。

利用者の主治医	医師氏名	
	医療機関名	
	連絡先	
	所在地	
緊急連絡先	住所	
	連絡先	
	氏名	
	利用者との関係	

【11. 事故発生時の対応方法について】

利用者に対する指定介護予防訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る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支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む)等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問介護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。

【12. 相談・苦情の体制及び内容】

- ①当事業所における苦情受付体制は介護支援センターくろいしを常設窓口とし、担当者を管理者としておりますが、受付は担当者以外の職員においても対応できるようにしております。
- ②受け付けた苦情については担当者が苦情(相談)記録に概要、ご指摘内容等を記載し、その場で対応可能な事柄であっても必ず責任者へ連絡し、対応内容を決定し申し出者に連絡いたします。
上記によても処理対応が行えない場合は事業者 大泉会にて決定いたします。

③苦情窓口のご紹介

窓 口	内 容
介護支援センター くろいし	担当責任 : 管理者 浦西 孝明 受付時間 : 毎週月曜日～土曜日 8:40～17:15 電話番号 : 0725-57-2266 FAX:0725-57-2267
和泉市市役所健康福祉部 介護保険課	所在地 : 和泉市府中町 2-7-5 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 0725-41-1551 FAX:0725-45-9352
堺市健康福祉局 福祉推進部 介護保険課	所在地 : 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 072-228-7513 FAX:072-228-7853
大阪府健康保険団体連合会	所在地 : 大阪市中央区常磐 1-3-8 中央大通FNビル内 11 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 06-6949-5418

【13. 虐待の防止について】

当事業所が利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上、又知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
従業者が支援に当たっての悩みや苦労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。
- ③ 虐待防止に関する責任者を選定しています。担当:訪問介護事業者所管理者、サービス提供責任者。
- ④ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑤ サービス提供中に、当事業所の従業者または養護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)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市町村に通報します。

【14. 重要事項説明の年月日】

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)」第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所 在 地	和泉市黒石町566-1
	法 人 名	医療法人 大泉会
	代表者名	理事長 佐々木 徳之 印
	事業所名	介護支援センター くろいし
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住 所	
	電 話	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	電 話	
	氏 名	印
	利用者との関係	

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したもののです。

情報提供同意書

介護支援センターくろいしが提供する介護予防訪問介護の円滑なサービスを行うため、下記に該当する場合に、事業所が知り得たご利用者又はご契約者等に関する情報を、関係機関等に提供することを同意します。

記

- 1.ご利用者様に医療上、緊急の必要が生じた場合の医療機関へのご利用者に関する心身の情報提供
- 2.ご利用者様にかかる介護サービス提供に関する他の居宅介護支援事業者との連携を図るためご利用者様又はご契約者様等の個人情報の提供
- 3.ご利用者様又はご契約者様から、当事業者が提供するサービス内容について苦情申し立てが起こった場合、苦情対策室への個人情報の提供

情報提供同意書説明年月日	令和 年 月 日
--------------	----------

事業者	所在 地	和泉市黒石町566-1
	事 業 者	医療法人 大泉会
	代 表 者	理事長 佐々木 徳之 印
	事 業 所	介護支援センター くろいし
	説 明 者	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

代 理 人	住 所	
	氏 名	印

介護支援センターくろいしの介護予防訪問介護サービスの提供に伴う利用者負担にかかる
同意書

令和 年 月 日

医療法人 大泉会
理事長 佐々木 徳之 殿

〈利 用 者〉

住 所

電話番号

氏 名

印

〈代 理 人〉

住 所

電話番号

氏 名

印

介護支援センターくろいしの介護予防訪問介護サービスを利用するにあたり、重要事項説明書の利用者負担に関して、担当者から説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護予防訪問介護サービスを利用した場合に、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1.介護支援センターくろいしの諸規程を守り、職員の指示に従います。
- 2.利用料等の費用の支払いについては、介護支援センターくろいしに対し一切迷惑をかけません。

以上