

重要事項説明書

(錦苑ヘルパーステーション 訪問介護サービス)

あなたに対する訪問介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第39条第4条に基づいて、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. 事業者の概要

事業者の名称	錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	当事業所が介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
錦苑ヘルパーステーション (山口県 3577200441号)	指定訪問介護

2. ご利用施設

施設の名称	錦苑ヘルパーステーション		
施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
事業種別	指定訪問介護	管理者氏名	角 香 江
電話番号	0827-72-3523		
FAX番号	0827-72-3562		

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所（訪問介護）は、介護保険法令に従い、お客様が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
運営方針	<p>当事業所は、要介護者等の心身の特性を踏まえ可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他必要な日常生活上の介護支援及び日常生活全般にわたる家事援助を行うことにより、お客様の自立生活を支援し社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにお客様の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>当事業所は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資すよう、認知症等の利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行います。</p> <p>本事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、居宅支援事業者、その他居宅サービス事業者・保健医療及び福祉サービスを提供するものとの連携を図ります。</p> <p>当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。</p>

4. 施設の概要

錦苑ヘルパーステーション

敷地	16778.54㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建て（耐火建築）
	延べ床面積	84.39㎡
設備	カンファレンススペース、ミーティングスペース、冷暖房完備	
備品等	車 4台	

5. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	区 分				員 数	保 有 資 格
	常 勤		非 常 勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者		1			1	介護福祉士
サービス提供責任者		1		1	2	介護福祉士 1名 実務者研修修了 1名
訪 問 介 護 員		1	3	1	5	介護福祉士 1名 実務者研修修了 1名 ヘルパー2級 2名 准看護師 1名

6. 常勤職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管理者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤職員	年間110日
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤職員	年間110日
	非常勤の場合 正規の職員の勤務べき時間の1/2	年間110日以上
訪問介護員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤職員	年間110日
	登録訪問介護員の場合 サービス提供時間	年間110日以上

7. 営業時間

営 業 日	月曜～金曜日（祝日、12/31～1/3除く）
営 業 時 間	午前8時30分より午後5時30分までとします。 （但し、希望により利用時間の延長ができます。）

8. 訪問介護サービスの概要

（1）介護保険給付サービス <要介護1～5>

種 類	内 容
身 体 介 護	食事介助 排泄介助 衣類の着脱介助 入浴介助 身体の清拭・洗髪 体位交換 移動介助・移乗介助
生 活 援 助	調理（配膳、後片付けを含む） 衣類の洗濯 居室等の掃除・整理整頓 買い物
身体生活	身体介護の前後に生活援助を行う

9. サービス利用料金

(1) 介護保険給付サービス利用料(「介護保険負担割合証」に応じた額)
お客様の自己負担については、次のとおりです。

サービスに要する時間		20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	1時間以上 30分増す毎に	
身 体 介 護	A 介護給付総額	1,630	2,440	3,870	5,670	820	
	B 介護給付分	Aの9割	1,467	2,196	3,483	5,103	738
		Aの8割	1,304	1,952	3,096	4,536	656
		Aの7割	1,141	1,708	2,709	3,969	574
	C 利用者自己負担分	Aの1割	163	244	387	567	82
		Aの2割	326	488	774	1,134	164
		Aの3割	489	732	1,161	1,701	246
	サービスに要する時間		20分以上 45分未満	45分以上			
	生 活 援 助	A 介護給付総額	1,790	2,200			
B 介護給付分		Aの9割	1,611	1,980			
		Aの8割	1,432	1,760			
		Aの7割	1,253	1,540			
C 利用者自己負担分		Aの1割	179	220			
		Aの2割	358	440			
		Aの3割	537	660			
身体生活の場合		身体介護の単位に生活介護の所要時間が20分増す毎に65単位を加算					

※2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要があった場合には、ご契約者の同意の上で通常の料金の2倍の料金をいただきます

加 算	特別地域訪問介護加算	15%加算	厚生労働省が定めた該当地域
	特定事業所加算(Ⅱ)	10%加算	取得要件が整ったため
	初回加算	1月200円	新規にサービスを行った場合
	緊急時訪問介護加算	1回100円	緊急を要し、計画にないサービスを行った場合
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1月にサービス利用料+各種加算×24.5%を算定

○利用者の負担の軽減

- 1) 制度移行措置対象者 障害者自立支援法で定率負担額0円の方
- 2) 特別地域訪問介護に係わる減免
 - ① 低所得者（市町村民税非課税）1段階～3段階の方が対象
 - ② 軽減率は利用者負担金の10%
- 3) 錦福社会が行う生活困難者に対する減免
 - ① 市町村民税非課税世帯で次のすべてを満たす方のうち、収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に考慮し、生計が困難と市町村が認めた方を対象
ア 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増える毎に50万円を加算した額以下であること。
イ 預貯金等の額が、単身世帯で350万円、世帯員が1人増える毎に100万円を加算した額以下であること。
ウ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
エ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
オ 介護保険料を滞納していないこと。
 - ② 軽減の程度は、利用者負担金の1/4（25%）、老齢年金受給者の方は1/2（50%）

(2) 本事業所の通常の実施地域 **岩国市/周南市須金地区**

(3) 利用をキャンセルされた場合の取扱い

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出があった場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。但し、ご利用者の体調不良等やむを得ない事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

連絡先 ; (0827) 72-3523

(4) その他

お客様の住まいで、サービスを提供する為に使用する、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。

10. お客様負担金のお支払い方法

- (1) お客様が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。
1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額といたします。

1) 金融機関口座からの自動引落とし

* ご利用できる金融機関

- ① 山口銀行 各支店
- ② 各地の郵便局

2) 指定口座への振込み

山口銀行広瀬支店 普通預金 102908

(名義) 社会福祉法人 錦福社会
錦苑 理事長 石井忍

1.1. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

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。

(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下さい。

但し、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

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、終了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、非該当と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

(4) その他

以下の場合、直ちに契約を解約する事ができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者がお客様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
- ・事業者が破産した場合
- ・お客様のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず、相当期間内に支払われない場合
- ・お客様又はその家族が事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

1.2. 相談並びに苦情の受付について

(1) 相談・助言に関する事

- ・生活・身上・介護に関する相談・助言
- ・住宅改修に関する相談・助言
- ・その他必要な相談・助言

* お客様及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うようにつとめます。(相談窓口 : 管理者 角 香江)

(2) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 担当者氏名 : 角 香江

(管理者) 72-3523

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

○苦情解決責任者 担当者氏名 : 中村 美鈴

(錦福社会 理事) 72-3523

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

(3) 外部苦情申立て機関

岩国市福祉部福祉政策課 指導監査室

(電話) 0827-29-5072

(FAX) 0827-22-0928

山口県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談係

(電話) 083-995-1010

山口県健康福祉部 長寿社会課

(電話) 083-933-2774

山口県岩国健康福祉センター 保健福祉総務部

(電話) 0827-29-1522

山口県福祉サービス運営適正化委員会

(電話) 083-924-2837

岩国市岩国第五地域包括支援センター

(電話) 0827-71-0055

(4) 第三者委員

木原 敬子

(元保健師)

0827-72-3643

大黒屋ゆり子

(民生委員)

0827-21-2772

* 詳細は、社会福祉法人錦福社会 福祉サービス相談委員会設置規程に記載

1.3. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、お客様に対して、サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 事業者及びサービス従業者は、サービスの提供にあたってお客様の生命、身体、財産の安全確保に配慮するものとします。
- ② 事業者及びサービス従業者は、笑顔でやさしく心から対応します。
- ③ 事業者は、サービス実施日において、訪問介護員によりお客様の体調・健康状態からみて必要な場合には、お客様又はその家族からの聴取・確認の上で訪問介護サービスを実施するものとします。
- ④ 事業者は、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めるものとします。
- ⑤ 事業者は、お客様に対する訪問介護サービスの実施について記録を作成し、それを2年間保管し、お客様又は代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、又は複写物を交付するものとします。

1.4. 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、お客様に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為又は医療補助行為
- ② お客様もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ お客様の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒及びお客様もしくはその同意なしに行う喫煙
- ⑤ お客様もしくはその家族に対して行う宗教活動・政治活動・営利活動
- ⑥ その他お客様もしくはその家族等に行う迷惑行為
- ⑦ お客様を訪問介護員の車に便乗する事ができません。
- ⑧ お客様のご自宅でのお茶・お菓子のご接待は、受けることができません。
- ⑨ お客様から頼まれた支払い・払い込みは、致しません。

15. 緊急時の対応方法

- (1) 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。
- (2) 緊急連絡先に連絡いたします。
- (3) 対応可能時間帯は8時30分～17時30分といたします。

利用者の 主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

16. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立錦中央医院
所在地	山口県岩国市錦町広瀬1072-1
電話番号	0827-72-2321
診療科	内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科、脳外科
入院設備	有り
救急指定の有無	有り

17. ご利用の際の留意いただく事項

<p>① 身体介護をご利用の際、お客様及びご家族の方は、お客様の既往症及び現在治療している病気、怪我、感染症等は、予め必ず申し出てください。</p> <p>② 介護・家事の援助は、お客様に係わる事柄のみが対象となります。</p> <p>③ 家事援助をご利用の際は、金品等貴重品については責任を持って管理をお願いいたします。</p> <p>④ 身体・家事の援助にかかるもろもろの器具・道具等は、お客様のものを使用するものとします。</p> <p>⑤ 家事援助については、介護者のある家庭には、介護保険制度上多少の利用制限があります。</p> <p>⑥ 訪問介護員の交替</p> <p>＜ご契約者からの交替の申し出＞</p> <p>選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替の申し出ることができます。但し、ご契約者様から特定の訪問介護員の指名はできません。</p> <p>＜事業者からの訪問介護員の交替＞</p> <p>事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。</p> <p>訪問介護員を交替する場合は、契約者及びその家族に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。</p>

18. 権利擁護事業との連携

現金、預金、印鑑等の貴重品の取り扱い及び不動産等の権利に関することの代行はできません。現金、預金等の扱いについては、社会福祉協議会（権利擁護事業）と連携を行います。
--

19. 秘密保持

- (1) 事業所及びサービス従事者は、サービスを提供する上で利用者及び家族に関する秘密を正当理由なく第三者に漏らしません。なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、下記の(1)使用目的、(2)使用に当たっての条件を満たす場合は、利用者及びその家族の個人情報を提供できるものとします。
 - 1) 使用目的
 - ① 利用者の居宅サービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供
 - ② 介護支援専門員、サービス事業者との連絡調整において必要となった場合
 - ③ サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要のある場合
 - 2) 使用に当たっての条件
 - ① 個人情報の提供は必要最小限とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意する。
 - ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて詳細に記録する。

20. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者の対するサービス提供時に事故が発生した場合には、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、利用者の家族等に連絡を行い、必要に応じて市町村にも連絡をします。
顛末記録（事故報告書）に基づき、再発防止策に努めその対応について協議します。
- (2) 事業者は、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかにすることとします。但し、事業者及び従業者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。

21. 非常災害対策

- (1) 事業者は、非常災害時においては、利用者の安全第一を優先し、迅速適切な対応に努めます。
- (2) 非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、従業者等に対し周知徹底を図るため、必要な訓練等を実施します。

22. 虐待の防止

利用者の人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定め、虐待を早期に発見できるように努め、虐待が発生した場合には、通報、対応、再発防止を適切に行います。

23. 事業継続計画（BCP）の策定

感染症や災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じます。

24. 感染症の予防及び蔓延の防止

感染症の予防及び蔓延防止の徹底を図るために、委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施に取り組みます。

25. ハラスメント対策

ハラスメント対策（セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・カスタマーハラスメント）に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

令和 年 月 日

訪問介護でのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

訪問介護事業所

説明者職名

氏 名

印

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

また、第19項による、私、及びその家族の個人情報の使用について同意します。

契約者兼利用者（署名代行： 有 ・ 無 ）

氏 名

身元引受人 （利用者との関係： ）

氏 名

家族代表者 ※家族代表が代理人と同一の場合は、記入は不要です。

氏 名
