

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）**

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービス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 真寿会
主たる事務所の所在地	〒321-2332 栃木県日光市大室863番地7
代表者（職名・氏名）	理事長 熊谷 良子
設立年月日	平成14年12月18日
電話番号	0288-26-4141

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーションさくら	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒321-2332 日光市大室863番地7	
電話番号	0288-25-8002	
指定年月日・事業所番号	平成16年 5月 1日指定	第0970700449号
管理者の氏名	猪野 晴雄	
通常の事業の実施地域	日光市（旧今市市）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）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	月曜日から土曜日まで ただし、12月31日から1月3日までを除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分までとする。

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 1人、 非常勤 0人
訪問介護員養成研修2級課程を修了した者	常勤 2人、 非常勤 2人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス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	上泉 由美子
--------------	--------

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割又は2割、又は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) 第1号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	訪問型独自サービスⅠ (1月につき)	訪問型独自サービスⅡ (1月につき)	訪問型独自サービスⅢ (1月につき)	訪問型独自短時間サービス
サービスの内容	週1回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(事業対象者・要支援1・2)	週2回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(事業対象者・要支援1・2)	週2回を超える程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者(事業対象者・要支援2)	20分未満の短時間サービス(22回まで)
単位数	1,176単位	2,439単位	3,727単位	167単位/回
利用者負担(1割)	1,470円	3,048円	4,658円	209円
利用者負担(2割)	2,939円	6,096円	9,316円	417円
利用者負担(3割)	4,408円	9,143円	13,974円	625円

※利用料は介護職員等処遇改善加算が含まれています。

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。

※介護職員等処遇改善加算 1ヶ月の総単位数に×0.224の金額は加算されます。

※地域区分の見直しがされ、1単位あたりの単価が変わり、×10.21で計算されます。

☆通常の時間帯(午前8時～午後6時)以外は利用料が割増となります。

・夜間(午後6時～午後10時)…25% ・早朝(午前6時～午前8時)…25%

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更になった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆ご契約者まだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払い頂きます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(2) キャンセル料

一回につき600円いただきます。訪問に変更・中止がある場合は、前日までに「さくら」まで連絡をお願いします。

(3) 中山間地域加算

事業所が通常の事業実施地域を越えて中山間地域等に居住する者にサービスを提供した場合、利用料の5%をいただきます。

(4) 支払い方法

料金・費用は1カ月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月25日までに以下の方法でお支払いください。

窓口での現金支払い 指定口座への振込み 金融機関からの自動引落とし
*自動引落としについての指定金融機関は、どちらでもご利用できます。

手数料につきましては施設負担となります。

*指定口座への振込み手数料は、お客様負担とさせていただきます。

金融機関名	鹿沼相互信用金庫 今市支店	口座番号	店番号	口座4006286
名義人	社会福祉法人 真寿会 理事長 熊谷 良子			

9. 苦情相談窓口

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。

ご利用者相談窓口	ヘルパーステーション「さくら」 ご利用時間 毎日 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0288-25-8002 サービス提供責任者 上泉 由美子
日光市相談窓口	日光市健康福祉部高齢福祉課 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 0288-21-5100
国民健康保険団体連合会	栃木県国民健康保険連合会総務課介護保険室 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 028-622-7242

10. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	1. あり 2. なし

11. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と

連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従事者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 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、速やかに利用者の主治医又は事業者の協力医療機関及び家族等へ連絡を行い、医師の指示に従います。

協力医療機関	医療機関の名称	社団医療法人 明倫会 今市病院
	院長名	熊谷 眞知夫
	所在地	日光市今市381
	電話番号	0288-22-2200
	診療科	内科、外科、消化器科、脳外科、整形外科 泌尿器科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科
	入院設備	有
	救急指定の有無	有
	契約の概要	別紙添付資料参照

※ 次項 緊急時の対応マニュアルに基づき対応いたします。

15. 損害賠償について

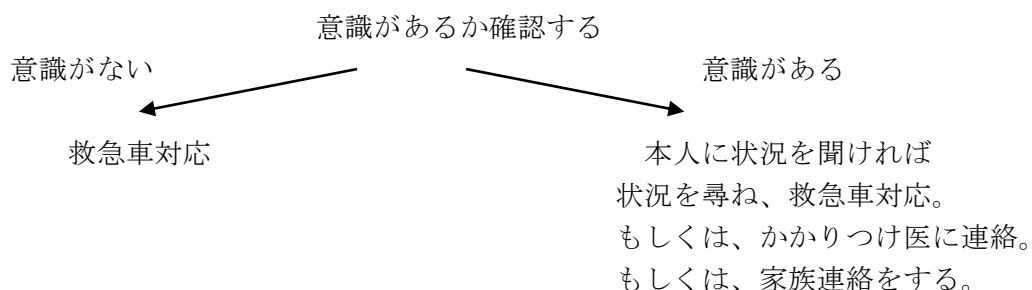
当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16. 事故発生時の対応

緊急時対応マニュアル

①利用者宅へ訪問した際、倒れていた場合



②活動中具合が悪くなった場合

基本的な対応は①と同じ、ただし具合が悪くなった時の状況が分かればメモ等で残しておくが良い。（救急隊や家族等に状況を聞かれた時、答えるため）

☆救急車を呼ぶ時の心得☆

（優先順位順）

- (1) 落ち着いて119番をかけ、
 - 1) 自分の名前（ヘルパーであることをきちんと話す）
 - 2) 利用者の名前
 - 3) 住所（目印等も話すと良い）
 - 4) 発見時もしくは具合が悪くなった時の状況・意識の有無を話す
- (2) 緊急連絡先になっている家族へ連絡
※連絡先が不明の際は、緊急連絡先一覧表はヘルパーステーションにあるため、連絡する。
- (3) ケアマネージャーがついている場合はケアマネージャーに連絡する。
- (4) ヘルパーステーションへ対応内容の報告を連絡する。

※1. 救急車に同乗しなければならない場合、近隣の方もしくはヘルパーステーションに電話をし、利用者宅で連絡役として、1名残ってもらうのが望ましい。

※2. 救急車来るまでに(2)～(4)の対応が間に合わなかった場合、ヘルパーステーションに電話をし、どこまで対応したかを話し、残りの対応をしてもらう。

重要事項説明書同意書

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、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	日光市大室863番地7
	名称	社会福祉法人 真寿会 ヘルパーステーション さくら
	管理者	猪野 晴雄
	電話	0288 (26) 4141
	FAX	0288 (32) 1233

説明者	所属	ヘルパーステーション さくら
	氏名	_____

私は、本書面により事業者から訪問介護利用についての重要事項の説明を受け、これらを十分理解した上で内容に同意しましたので受領します。

〈利用者〉 住所 _____

氏名 _____

(家族)

住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____

情報提供同意書

社会福祉法人 真寿会

ヘルパーステーション さくら

管理者 猪野 晴雄 様

私 及び家族はヘルパーステーション さくらの
利用にあたり、契約を締結し、守秘義務等の内容に関して担当者
その他事業関係者等への情報提供に同意します。

令和 年 月 日

《利用者》 住所 _____

氏名 _____

《家族》 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____