

訪問介護
重 要 事 項 説 明 書

様

医療法人社団帰厚堂
ヘルパーステーションやはば

ヘルパーステーションやはば
重要事項説明書
＜ 年 月 日現在＞

1. 事業者（法人）の概要

名 称	医療法人社団 帰厚堂
所 在 地	岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢 1-2-181
電 話 番 号	019-697-5211
代 表 者 名	理事長 木村 宗孝

2. 事業所の概要

事 業 所 名	ヘルパーステーションやはば
所 在 地	岩手県紫波郡矢巾町大字又兵エ新田 5-335
連 絡 先	(TEL) 019-698-1385 (FAX) 019-611-2071
事 業 者 番 号	訪問介護 0372200204
事業実施地域	矢巾町・紫波町・盛岡市（玉山地区を除く） （上記以外の方はご相談ください）
事業所が行っている他の業務	指定身体障害者居宅介護 0312205016

3. 事業所の職員体制

	保有資格	人員（人）	業務内容
管理者	介護福祉士等	1 人	労務・業務管理
サービス提供責任者	介護福祉士等	1 人以上	計画作成・サービス調整
サービス提供者	介護福祉士等	6 人以上	訪問介護
事務職員		1 人（兼務）	経理事務等

4. サービスの内容

身体介護	・入浴介助 ・清拭、洗髪 ・排泄介助 ・食事介助 ・就寝介助 ・通院介助 ・通所への送り出し（準備） ・見守り等
生活援助	・掃除 ・洗濯 ・買い物 ・調理 ・薬取り ・用足し等
生活上の相談・助言	訪問の際、随時お受けします。

＜サービスの利用に関する留意事項＞

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意してください。

サービス内容の留意事項	<p>① 医療行為（法で定められた範囲外）はできません。</p> <p>② 年金等の管理、金銭の貸借など金銭の取り扱いはできませんのでご了承ください。（生活援助として行う、買物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。）</p> <p>③ 家族の方の食事の準備や、庭の草取りなどは、できませんのでご了承ください。</p> <p>④ 訪問介護員の車に同乗しての、買い物や通院などはできません。</p> <p>⑤ 訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは必要ありません。</p>
サービス利用の変更	<p>① 利用予定日の前に、利用者の都合によりサービス利用を中止、又は変更することができます。その場合は、前日までに事業所又は、担当のケアマネジャーに申し出てください。</p> <p>② 状況に応じて、サービスを追加することもできます。その場合、担当のケアマネジャーに連絡し、必要な調整を行います。</p> <p>※ただし、ご希望の時間等に対応できない場合もあります。</p>

5. サービスの提供時間

	早朝（6：00～8：00）	通常（8：00～18：00）	夜間（18：00～22：00）
平日	○	○	○
土・日・祝日	○	○	○

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝・夜間のご利用については、ご相談下さい。

※ 年末年始・盂蘭盆は休業となります。

＜サービスについての相談窓口＞

電話番号 019-698-1385

サービス提供責任者

6. 利用料金

介護保険の給付サービスを利用する場合、介護保険負担割合証に記入されている割合の負担になります。＊以下は1割負担額で提示しています。

	利用時間	基本料金（円）	自己負担（円）
身体介護	20分未満	1,630	163
	30分未満	2,440	244
	1時間未満	3,870	387
	1時間30分未満	5,670	567
	1時間30分以上30分増す毎に加算	820	82
生活援助	45分未満	1,790	179
	45分以上	2,200	220
身体介護の後に生活援助を行う場合	20分	650	65
	45分	1,300	130
	70分	1,950	195

二人で訪問した場合	1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合で、利用者の合意のもと、2人のヘルパーでサービスを行う場合は、2倍の負担額をいただきます。
早朝（6:00～8:00） 夜間（18:00～20:00）	上記の金額に、25%加算します。
キャンセル料	無料
交通費	無料（矢巾町・紫波町・玉山地区を除く盛岡市）
その他	利用者の住まいで、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、利用者のご負担になります。

初回加算	新規利用にあたり訪問介護計画書を作成し、サービス提供責任者の訪問があった場合。 *二ヶ月休止後に訪問が再開される場合も同様	200 円/月
------	--	---------

緊急時 訪問介護加算	計画に予定されている以外で、緊急に訪問を希望された場合。 *ケアマネジャーが必要と認めた場合で、身体介護のみ対象	100 円/回
特定事業所加算 Ⅱ	介護福祉士が 3 割以上、定期研修の実施、定期健診の実施などの要件を満たした場合。	利用料金 10%増
生活機能向上 連携加算	サービス提供責任者が、訪問リハビリ・通所リハビリ・医療施設のリハビリ、又は医師と連携して訪問介護計画書を作成した場合。 *Ⅱ…訪問して行う場合	I) 100 円/月 Ⅱ) 200 円/月

※ 介護報酬の介護職員処遇改善加算Ⅰは 24.5%、月額の基本報酬及び各種加算の合計に加算となります（支給限度額管理の対象外）。

※ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

7. 料金のお支払い方法

当月分の請求書は、翌月の 10 日以降にお渡しいたしますので、末日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。

8. 事業所の特色

<運営の方針>

利用者の要介護等の特性を踏まえて、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、食事の介助、その他の生活全般にわたる援助を行います。

<職員研修体系>

利用者の自立支援と生活の充実を図るため、専門性の向上に向け以下の研修の開催、研修事業の参加に取り組んでいます。

継続研修	岩手県ホームヘルパー現任研修会等への参加
テーマ別研修	県主催認知症介護の研修等への参加
法人内研修	医療法人社団帰厚堂での研修への参加
事業所内研修	採用時研修ほか、事業所独自の研修への参加

9. サービス内容に関する苦情・相談窓口

当事業所利用者苦情・相談窓口

電話番号：019-698-1385 担 当 者：朝日田 由姫恵 受付時間：月～金曜日 8：30～17：30

・当事業所以外に市町村の苦情・相談窓口等に苦情を伝えることができます。

	対応窓口	担当者	連絡先	対応時間
<input type="checkbox"/>	矢巾町	健康長寿課	TEL 019-611-2830 FAX 019-698-1214	午前 8：30～ 午後 5：15
<input type="checkbox"/>	紫波町	生活部 長寿健康課	TEL 019-672-4522 FAX 019-672-4349	午前 8：30～ 午後 5：15
<input type="checkbox"/>	盛岡市	介護高齢福祉課	TEL 019-651-4111 FAX 019-651-1181	午前 8：30～ 午後 5：45
<input type="checkbox"/>	岩手県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談係		TEL 019-604-6700 FAX 019-651-1181	午前 9：00～ 午後 5：00

10. 緊急時の対応

利用者の症状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて、下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

緊急時連絡先 家族等	氏 名	
	連絡先	
	氏 名	
	連絡先	
主治医	医療機関名	
	氏 名	
	連絡先	

11. 事故発生時の対応

- ・サービスの提供によって、事故が生じた場合は、速やかに利用者のご家族や担当のケアマネジャー等に連絡し、必要な措置を講じます。
- ・サービスの提供に伴って、事業者の帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。

12. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待防止のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 従業員に対する虐待防止のための研修を定期的実施
- ④ 虐待の防止に関する責任者の選定

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は行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には同意を得るとともに、その様態及び時間、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. 個人情報の取り扱い

当事業所では、次の利用目的で個人情報を開示いたします。

- ① 医療機関・他の事業所等の連携
- ② 審査支払機関へのレセプトの提出及び照会等の回答
- ③ 情報システム運用・保守業務の委託
- ④ 事業所内において行われる学生の実習への協力

※ 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

確 認 書

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒028-3614 岩手県紫波郡矢巾町又兵エ新田 5-335
	名 称	ヘルパーステーションやはば
	説明者	所属 (医療法人社団帰厚堂) 氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意します。

利用者	住 所	〒 ー
	氏 名	
	電話番号	

利用者家族 (代理人)	<input type="checkbox"/> 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 <input type="checkbox"/> 私は、利用者家族（代理人）として説明を受けて確認しました。	
	本人との関係	
	住 所	〒 ー
	氏 名	
	電 話 番 号	

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名し、それをもって契約開始となる。