

指定訪問介護サービス

指定介護予防訪問介護サービス

重要事項説明書

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 事業実施地域及び営業時間.....	1
4. 職員の配置状況.....	1
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	2
6. 守秘義務.....	3
7. 個人情報保護.....	3
8. 損害賠償責任.....	3
9. 事故発生時の対応.....	3
10. 緊急時の対応.....	4
11. 苦情の受付.....	4

訪問介護事業所
新得やすらぎ荘

訪問介護サービス 重要事項説明書

あなたに対する訪問介護サービス及び訪問介護型サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条及び35号に基づいて、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

事業者名称	厚生協会
主たる事務所の所在地	上川郡新得町西3条北1丁目5番地3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 田中 雅之
電話番号	0156-64-5001

2. 事業所の概要

事業所の種類	訪問介護
介護保険法法令に基づき北海道知事から指定を受けている事業所の名称	(新得) 訪問介護事業所 新得やすらぎ荘 (鹿追) 訪問介護事業所 やすらぎ荘
指定番号	0174700179
指定年月日	平成13年4月1日
事業所の所在地	上川郡新得町西3条北1丁目 河東郡鹿追町新町2丁目34番地
管理者	御幸 直美
電話番号	(新得) 0156-69-5100 (鹿追) 0156-67-7867

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	新得町・鹿追町
営業日	祝祭日を除く月曜日から土曜日まで ただし、12月30日から1月3日までを除く
営業時間	午前9時00分～午後5時30分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して訪問介護サービスを提供する職員として、介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、ホームヘルパー1級課程、2級課程修了者を別紙1の職種で配置しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

【訪問介護サービス】

①介護保険が適用されるサービスの内容について

身体介護	入浴・排泄・食事等の介護を行います。
生活援助	洗濯・掃除・買い物・調理等の家事援助を中心に行います。
身体介護 生活援助	入浴・排泄・食事等の介護と洗濯・掃除・買い物・調理等の家事援助の両方を行います。

※1回分のサービス利用料金・サービス提供時間の目安については別紙2をご覧ください。

②加算対象となる介護保険適用サービス

A) 初回加算

新規に訪問介護計画を作成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訪問介護を行う場合、または他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合は、通常の訪問介護料金に加えて初回加算料金をお支払いいただきます。

B) 緊急時訪問介護加算

利用者や家族等から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護に限る）を行った場合、通常の訪問介護費に加え緊急時訪問介護加算料金をお支払いいただきます。

③事業者が法定代理受領を行わない場合

厚生労働大臣が定める基準により算出した費用の額の全額を一旦お支払頂きます。その際、「サービス提供証明書」を交付いたしますので、領収書を添えてお住いの市町村の福祉課へ居宅介護サービス費の支給申請を行なって下さい。

利用の中止

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をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。
但しご契約者の体調不良等正当な自由がある場合は、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)

【日常生活支援総合事業 訪問型介護サービス】

- ① 日常生活支援総合事業における訪問型介護サービス（以下訪問型サービスという）内容については「身体介護中心型」「生活援助中心型」の区分を一本化します。対象となるサービス内容の範囲については訪問介護サービスと同じ扱いになります。
- ② 料金については週あたりの利用回数により月定額が設定されています。（別紙2をご覧ください。）＊1週あたりのサービス提供頻度に基づき、各区分に位置づけています。
- ③ 1日あたりのサービス提供時間については、訪問介護サービス計画に設定され目標の達成度等を踏まえて、必要に応じて変更されることがあります。したがって利用状態が改善する等、想定されたよりも少ないサービス提供になることや、想定された以上に多くのサービス提供になることがあります。その場合であっても「月単位定額報酬」の為に月途中での変更はできません。
- ④ 新規に訪問介護計画を作成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又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合、通常の訪問型介護サービス利用料金に加え、初回加算料金をお支払いいただきます。

サービス利用料金のお支払方法

サービス利用料金は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、請求書が届いてから2週間以内にお支払ください。

介護保険請求は法定給付の規定に基づいており、利用料金改定の場合は、事前に十分説明の上実施いたします。また、改定金額につきましては別紙1のみ配布致します。

6. 守秘義務

- （1）事業者、サービス従事者または従業員は、訪問介護サービスを提供する上で知り得たご利用者又はご契約者、家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続いたします。
- （2）事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関などにご利用者に関する心身の情報を提供できるものとします。

7. 個人情報保護

- （1）事業者は関係法等を遵守し、個人情報を慎重に扱うようにします。

8. 損害賠償責任

事業者は、サービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、ご契約者又はご利用者に過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者の家族、身元引受人等関係者に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故の際にとった処置について記録し、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

10. 緊急時の対応

ご利用者の様態に変化などがあった場合は、主治医に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先にご連絡いたします。

利用者の主治医	所属医・医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急時連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	予備連絡先	

11. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情や虐待、ハラスメントに関するご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

ご利用者ご相談窓口 訪問介護事業所 新得やすらぎ荘 サービス提供責任者 高 橋 一 博 西 村 真由美	受付時間 月曜日～土曜日 午前9時～午後5時30分 電話番号 0156-69-5100 FAX 0156-64-7050 住 所 新得町西3条南7丁目1番地71
社会福祉法人 厚生協会 第三者委員	① 清野光彦 連絡先 新得町西3線50-15 電話番号 0156-64-5562 ② 又原 一 連絡先 新得町屈足旭町4丁目1番地26 電話番号 0156-65-2149
新 得 町 役 場 保 健 福 祉 課 介護保険係	受付時間 月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分 電話番号 0156-64-0533 FAX 0156-64-0534 住 所 新得町3条南3丁目
北海道国民健康保険	受付時間 月曜日～金曜日

団体連合会 総務部介護保険課 企画・苦情係	午前9時～午後5時	
	電話番号	011-231-5161
	FAX	011-233-2178
	住 所	札幌市中央区南2条西14丁目

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情を受付した者は窓口担当者に報告し、担当者が直接面接し、詳しい事情を確認するとともに、職員からも事情を確認します。
- ・管理者へ報告し、必要に応じて管理者を含めた検討会議を実施すると共に速やかに具体的な対応を行います。
- ・検討会議を行わない場合においても処理結果を管理者へ報告します。
- ・苦情の受付、事情の確認、解決までの経緯は逐次、書面により管理者に報告します。
- ・処遇会議で解決しない場合は、第三者委員による第三者委員会を開催し、解決へ向けた対応を行います。

令和 年 月 日

当事業所は、訪問介護サービス及び介護予防訪問サービスの提供の開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所

住 所 上川郡新得町西3条北1丁目
事業所名 訪問介護事業所 新得やすらぎ荘

説 明 者 職名 サービス提供責任者
氏名 高橋 一博 印

私は、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及び介護予防訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者

住 所
氏 名 印

利用者の家族

住 所
氏 名 印