

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	医療法人陽成会
主たる事務所の所在地	〒799-1504 今治市拝志1番26号
代表者（職名・氏名）	理事長 廣瀬 正典
設立年月日	平成 5年 3月31日
電話番号	0898-47-0100

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ホームヘルプステーションヒロセ	
サービスの種類	訪問型サービス	
事業所の所在地	〒799-1502 今治市喜田村6丁目4番地20号	
電話番号	0898-47-5552	
指定年月日・事業所番号	平成30年 4月 1日指定	3870200171
管理者の氏名	越智 睦恵	
通常の事業の実施地域	今治市（但し、旧今治市・旧朝倉村・旧玉川町・旧大西町）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、訪問型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等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

第一号訪問事業は、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。

① 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
② 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	月曜日から日曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）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 ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間 対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
サービス提供責任者	常勤 0人、非常勤 3人
訪問介護員	常勤 0人、非常勤 19人
	常勤 人、非常勤 人

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

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、負担割合に応じた額です。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) 第一号訪問事業・訪問型サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料 (1月あたり)
訪問型サービスⅠ (1月につき)	週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	11,760
訪問型サービスⅡ (1月につき)	週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	23,490
訪問型サービスⅢ (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援2)	37,270

上記の基本利用料は、今治市が定める金額であり、各利用者の負担割合に、応じた額とします。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。

※ 実際の利用料金は上記金額の1~3割です。各々の利用料金は負担割合によって決定します。

(負担割合証でご確認ください。)

【加算】

以下の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000
生活機能向上連携加算(1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	3カ月間毎月 1,000
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※		1ヶ月の合計単位数 に対して24.57%加算

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件に該当する場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一敷地内の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	利用料の1割

(2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、速やかにお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

9. 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、速やかに下記的主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関名	
	主治医氏名	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	(続柄：)
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等及び今治市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) 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。

事業所相談窓口	電話番号 0898-47-5552 受付時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時30分 相談担当 管理者 越智 睦恵
---------	------------------------------------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	今治市介護保険課	電話番号 0898-36-1526 受付時間 午前8:30～午後5:15
	愛媛県国民健康保険団体連合会	電話番号 089-968-8700 受付時間 午前8:30～午後5:15

※ 但し、土日、祝祭日、12/29～1/3を除く

1 2. 高齢者虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

1 3. 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を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行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、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。

1 4. 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事務所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。

感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修および訓練を実施します。

また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画（BCP）に基づいて対応します。

1 5. ハラスメント対策

業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動または優越的な関係を背景とした言動により、職員の環境が害されることを防止します。その内容は、利用者及び家族が事業者の職員に対して行う。暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

1 6. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

17. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

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、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	今治市喜田村6丁目4番20号
	事業者名	ホームヘルプステーションヒロセ
	説明者氏名	印

私は第一号訪問事業（訪問型サービス）を利用するに当たり、重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受け同意した上で、下記のとおり契約を締結します。

利用者

〔住所〕

〔氏名〕

印

代理人

〔住所〕

〔氏名〕

印

事業者

〔事業者名〕	ホームヘルプステーションヒロセ
〔愛媛県指定番号〕	3870200171
〔所在地〕	愛媛県今治市喜田村6丁目4-20
〔代表者名〕	理事長 廣瀬 正典

印

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日