

# 重要事項説明書

## (訪問介護)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： ハートケア朝里居宅介護支援・訪問介護事業所

## 訪問介護重要事項説明書

### 1 事業所の概要

#### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| 事業所名        | ハートケア朝里居宅介護支援・訪問介護事業所   |
| 所在地         | 北海道小樽市新光 1 丁目 22 番 13 号 |
| 介護保険指定番号    | 訪問介護 (北海道 0172001216 号) |
| サービスを提供する地域 | 北海道小樽                   |

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

#### (2) 営業時間

|     |                     |
|-----|---------------------|
| 月～土 | 午前 9 : 00～午後 6 : 00 |
|-----|---------------------|

#### (3) 職員体制

|           | 資格      | 常勤  | 非常勤 | 計      |
|-----------|---------|-----|-----|--------|
| 管理者       | 介護福祉士   | 1 名 | 名   | 1 名    |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士   | 4 名 | 名   | 4<br>名 |
|           | 実務者研修修了 | 2 名 | 名   | 2 名    |

|                                  |                                                                                      |  |  |        |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------|
| サービス従業者<br><br>(管理者・サービス提供責任者 含) | 介護福祉士・介護職員実務者研修修了者<br><br>介護職員基礎研修修了者・介護職員初任者<br><br>研修修了者 ・訪問介護員養成研修 2 級修<br><br>了者 |  |  | 60 名以上 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------|

(4) サービス提供の時間帯

|      | 早朝<br>7:00～8:00 | 通常時間帯<br>8:00～18:00 | 夜間<br>18:00～19:00 |
|------|-----------------|---------------------|-------------------|
| 平日・土 | ○               | ○                   | ○                 |
| 日・祝日 | ○               | ○                   | ○                 |

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6:00～7:30)夜間・深夜(19:00～6:00)のご利用につきましてはご相談ください。

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 2 サービス内容

(1) 身体介護

① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清 拭 ⑤ 体位変換 等

(2) 生活援助

① 買 い 物 ② 調 理 ③ 掃 除 ④ 洗 濯 等

(3) その他サービス

① 介護相談 等

### 3 利用料金

#### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として基本料金（料金表）の1割です（一定以上の所得がある場合2割・3割負担となります。介護保険負担割合証に記載されてます）ただし、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。

指定訪問介護を提供した場合の利用料については、厚生労働省が定める基準によるものとします。

〔料金表—基本料金・通常時間〕

| 身体介護 | 20分未満      | 30分未満 | 30分～1時間未満 | 1時間以上 | 1時間以上30分<br>を増すごとに |
|------|------------|-------|-----------|-------|--------------------|
|      | 163円       | 244円  | 387円      | 567円  | +82円               |
| 生活援助 | 20分以上45分未満 |       | 45分以上     |       |                    |
|      | 179円       |       | 220円      |       |                    |

- ※ 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ※ 上記料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）定められた目安の時間を基準とします。
- ※ やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。
- ※ 初回のサービス提供責任者のサービス（または同行）は、200単位 200円をいただきます。
- ※ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）として、毎月算定した総単位に乘じた分の一割負担金をいただきます。
- ※ 特定事業所加算（Ⅱ）として、毎月算定した総単位数に乘じた分の一割負担金をいただきます。

※ 同一建物減算 10%減算となります。

※ 同一建物減算・同一敷地内減算 両方該当 15%減算となります。

## (2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。

## (3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先: ハートケア朝里訪問介護事業所 TEL 0134-51-5122 )

|   |                              |         |
|---|------------------------------|---------|
| ① | ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合 | 無料      |
| ② | ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡がなかった場合 | 1,000 円 |

## (4) その他

① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。

② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。

### ③ 料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、26 日までに  
お支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

④ まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

⑤ サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。

⑥ お客様のご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承下さい。

- ⑦ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

## 4 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当ステーション職員がお伺いいたします。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。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (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ください。

#### ② 当ステーション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ヶ月までに文書で通知いたします。

#### ③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します）

- ・ 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（自立）又は要支援と認定された場合 ※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様が亡くなられた場合

#### ④ その他

- ・ 当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず

ず 10 日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当ステーションや当ステーションのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当ステーションにより文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

### (3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

## 5 当ステーションの訪問介護サービスの特徴など

| 事 項           | 有 無 | 備 考                |
|---------------|-----|--------------------|
| ホームヘルパーの変更の可否 | 有   | 変更を希望される方はお申し出ください |
| 男性ヘルパーの有無     | 有   | 希望される方はお申し出ください    |
| 従業員への研修の実施    | 有   | 1 ヶ月に 1 回全体研修があります |
| サービスマニュアルの作成  | 有   |                    |

## 6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医指名 |  |
|     | 連絡先   |  |
| ご家族 | 氏名    |  |
|     | 連絡先   |  |

|           |  |
|-----------|--|
| 主治医への連絡基準 |  |
|-----------|--|

## 7 サービス内容に関する苦情

当事業所お客様相談・苦情窓口

管理責任者 竹内 弘晃 TEL 0134-51-5122

管理者不在の場合他職員にて対応させていただきます。

その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

当事業所以外の市町村の相談苦情窓口

小樽市介護保険課 TEL 0134-32-4111

当事業所以外の市町村の相談苦情窓口

北海道国保連合会 TEL 011-231-5175

## 8 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |   |
|-------------|---|
| 実施の有無       | 無 |
| 実施した直近の年月日  |   |
| 実施した評価機関の名称 |   |
| 評価結果の開示状況   |   |

## 会社の概要

法人名 医療法人 北光会

法人所在地 小樽市新光1丁目21番5号 電話番号 0134-54-6543

代表者 篠崎 仁史

設立年月日 平成 22 年 10 月 1 日

事業内容 訪問介護事業

事業所名 ハートケア朝里訪問介護事業所

開設年月日 平成 19 年 3 月 26 日

所在地 小樽市新光 1 丁目 22 番 13 号 電話番号 0134-51-5122

理事長 篠崎 仁史 印

事業所番号 0172001216

## 個人情報の使用にかかわる同意書

### 使用目的

- ・ 介護サービスの提供
- ・ 利用者の介護計画書を立案し、円滑にサービスが提供されるためのサービス担当者
- ・ 会議での情報提供
- ・ 介護支援専門員とサービス事業者との連携調整等
- ・ 他の居宅サービス事業者からの照会、居宅介護支援事業所からの照会
- ・ その他サービス提供に関して必要性がある時
- ・ 行政機関が行うサービス担当者会議等、医療機関、主治医との連携
- ・ 介護保険請求の為の事務関係

- ・ 賠償責任保険等に関わる保険会社等への相談や届出等

#### 使用にあたっての条件

- ・ 必要最小限とし提供にあたっては関係者以外に漏れる事がないように注意致します。
- ・ 個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手について記録しておきます。  
また 要望があれば開示します。
- ・ 情報提供について同意しない事項がある場合はその旨を申し出ください。申し出が無い場合は同意いただけただけのものとして取り扱わせていただきます。ただし、後から変更される事は可能です。

#### 個人情報を使用する事業所（契約者）

所在地 小樽市新光1丁目22番13号

事業者名 ハートケア朝里 居宅介護支援・訪問介護事業所

理事長 篠崎 仁史 (印)

電話 0134-51-5122

FAX 0134-51-5126

私（利用者）及び家族にかかわる個人情報の保護について上記内容の説明を受けこれらに同意いたしました。

契約締結日

年

月

日

説明者

職名

氏名

印

上記の内容の説明を受け、了承しました。

〒

利用者

住所

氏名

印

〒

家族（保証人）

住所

氏名

印

代理人（保証人）（関係                      ）

〒

住所

氏名

印

