

重要事項説明書

【訪問介護】

【第1号訪問事業・訪問型サービス】

【介護予防訪問介護】

プリムローズ株式会社
ヘルパーステーション海の宮

1. 事業者

- (1) 法人名 プリムローズ有限公司
(2) 本 社 宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑 10 番
(3) 電話番号 022-366-2620
(4) 代表者氏名 金澤 哲男
(5) 設 立 平成14年10月23日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所 指定介護予防訪問介護事業所
(2) 事業所の名称 ヘルパーステーション海の宮
(3) 事業所の所在地 宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑 10 番
(4) 電 話 番 号 022-366-2620
(5) 管 理 者 氏 名 金澤 哲男
(6) 当事業所の運営方針
ご利用者様の意思と人格を尊重し、皆様が可能な限りそのご自宅や地域において
日常生活を営めるように、必要な介助、その他生活全般にわたるご支援を実施する。
(7) 開 設 年 月 日 平成25年8月15日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 業務の実施地域 七ヶ浜町 多賀城市 塩釜市 利府町 松島町
(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日(但し12/30~1/3を除く) |
| 営業時間 | 8:30~17:15 |
| サービス提供時間 | 6:00~22:00 年中無休 |

4. 職員の体制

- (1) 管 理 者 1名(介護福祉士)
(2) サービス提供責任者 1名
(3) 訪 問 介 護 員 指定基準以上

5. 当事業所が提供するサービスと料金

当事業所ではご契約者のご自宅に訪問し、サービスを提供します。

<サービスの概要>

身体介護

入浴・排泄・食事等の介護を行います

家事援助

洗濯・掃除・買い物等日常生活上の介助を行います。

ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

(ア)身体介護

- 入浴介助 入浴が困難な方は清拭をいたします
- 排泄介助 トイレのお手伝い、おむつ交換をいたします
- 食事介助 安全に食事していただくお手伝いをいたします
- 体位交換 褥瘡予防の為の介助等
- 移動、起床時の介助 歩行の見守りや車いすでの移動、ベッドからの起床、移乗等
- 整容介助 衣類の着脱、洗面、洗髪等の介助
- 通院、外出介助 公共交通機関等を利用しての介助
- その他必要な身体介護 事前にご相談をお願いいたします

(イ)生活援助

- 洗濯 ご契約者様の衣類の洗濯をいたします。
- 掃除 ご契約者様の居室の掃除をいたします。
- 生活必需品の買い物 預貯金の引き出しや預け入れは行えません。
- 調理 ご契約者様の食事を準備いたします。
- 関係機関との連絡
- その他必要な家事 事前にご相談をお願いいたします。

＜サービス利用料金＞

訪問介護サービス利用料(要介護1～5)

| 区分 | サービスに要する時間 | 20分未満 | 20分以上 30分未満 | 30分以上 1時間未満 | 1時間以上 1時間半未満 | 以降30分 増す毎に |
|------|-------------|--------|----------------|----------------|-----------------|---------------|
| 身体介護 | 利用料金 | 1,630円 | 2,440円 | 3,870円 | 5,670円 | 820円 |
| | 介護保険給付分(9割) | 1,467円 | 2,196円 | 3,483円 | 5,103円 | 738円 |
| | 自己負担分(1割) | 163円 | 244円 | 387円 | 567円 | 82円 |

| 区分 | サービスに要する時間 | 20分以上 45分未満 | 45分以上 | 通院等乗 降加算 |
|------|-------------|----------------|--------|-------------|
| 生活援助 | 利用料金 | 1,790円 | 2,200円 | 970円 |
| | 介護保険給付分(9割) | 1,611円 | 1,980円 | 873円 |
| | 自己負担分(1割) | 179円 | 220円 | 97円 |

| 区分 | サービスに要する時間 | 20分以上 45分未満 | 45分以上 70分未満 | 70分以上 |
|------------------------------|-------------|----------------|----------------|--------|
| 30分以上の身体介護に引き 続き生活援助を行う場合 | 利用料金 | 650円 | 1,300円 | 1,950円 |
| | 介護保険給付分(9割) | 585円 | 1,170円 | 1,755円 |
| | 自己負担分(1割) | 65円 | 130円 | 195円 |

※平常の時間帯(午前8時から午後6時)以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金が割り増しになります

- ・早朝(午前6時から午前8時まで): 25%
- ・夜間(午後6時から午後10時まで): 25%
- ・深夜(午後10時から午前6時まで): 50%

第1号訪問事業訪問型サービス利用料(事業対象者 要支援1 要支援2)

| 費用区分 | サービス費用の目安 |
|--|-----------------------|
| 訪問型サービス費Ⅰ (要支援1、要支援2及び事業対象者を対象とし、週1回程度のサービスを提供した場合) | 1月につき 1,176円 |
| 訪問型サービス費Ⅱ (要支援1、要支援2及び事業対象者を対象とし、週2回程度のサービスを提供した場合) | 1月につき 2,349円 |
| 訪問型サービス費Ⅲ (要支援2及び事業対象者を対象とし、週2回を超える程度のサービスを提供した場合) | 1月につき 3,727円 |
| 訪問型サービス費Ⅳ (要支援1、要支援2及び基準該当第1号被保険者を対象とし、1回につき・週1回程度の訪問としている場合で1月中のサービス提供回数が <u>1回</u> から <u>3回</u> であった場合) | 1回につき 287円 |
| 訪問型サービス費Ⅴ (要支援1、要支援2及び基準該当第1号被保険者を対象とし、1回につき・週2回程度の訪問としている場合で1月中のサービス提供回数が <u>5回</u> から <u>7回</u> であった場合) | |
| 訪問型サービス費Ⅵ (要支援2及び基準該当第1号被保険者とし、1回につき・週2回を超える程度の訪問としている場合で1月中のサービス提供回数が <u>9回</u> から <u>11回</u> であった場合) | |
| 訪問型サービス費Ⅶ 生活援助が中心である場合(20分以上45分未満) 生活援助が中心である場合(45分以上) | 1回につき 179円 220円 |
| 訪問型サービス費Ⅷ 短時間の身体介護が中心である場合 | 1回につき 163円 |

※上記の基本利用料は、国が規定する単位数を勘案し、市町村が規定する単位数を金額に変換した表であり、国が単位数を改定した場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。

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。

※訪問型サービス費Ⅶ及びⅧは、その利用を行政が適当と認めたものが該当となります。

(ウ) 加算について

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、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に以下の加算があります。

| 加算名 | 加算額 | 自己負担額 |
|------|--------|-------|
| 初回加算 | 月2000円 | 月200円 |

緊急時訪問加算

利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネ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)を行った場合に以下の加算があります。

| 加算名 | 加算額 | 自己負担分 |
|-----------|--------|-------|
| 緊急時訪問介護加算 | 月1000円 | 月100円 |

認知症専門ケア加算

認知症と診断された認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が利用者の100分の50以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者または認知症介護指導者養成研修修了者を配置し、専門的な認知症ケアを実施します。また、当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催した場合や、介護・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施した場合に以下の加算があります。

| 項目 | 加算額 |
|--------------|----------|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 1日につき3単位 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 1日につき4単位 |

生活機能向上連携加算

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の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合。
または、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、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合。

| 項目 | 加算 |
|---------------|------------|
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1月につき100単位 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 1月につき200単位 |

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

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利用者にサービスを行った場合。

| 項目 | 加算割合 |
|----------------|-----------------|
| 訪問介護中山間地域等提供加算 | 所定単位数の50/1000単位 |

特定事業所加算

当事業所が以下の条件に合致した場合に加算します。

| 項目 | 加算割合 | 条件 |
|----------|------|---------------------------------|
| 特定事業所加算Ⅰ | 20% | 当該加算の体制要件、人材要件、重度対応要件のいずれも満たす場合 |
| 特定事業所加算Ⅱ | 10% | 当該加算の体制要件、人材要件を満たす場合 |
| 特定事業所加算Ⅲ | 10% | 当該加算の体制要件、重度対応要件を満たす場合 |
| 特定事業所加算Ⅳ | 3% | 当該加算の体制要件、人材要件を満たす場合 |
| 特定事業所加算Ⅴ | 3% | 当該加算の体制要件を満たす場合 |

介護職員等処遇改善加算

厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護、第1号訪問事業を行った場合に、以下の加算があります。

| 項目 | 加算額 |
|------------------------|--------------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の24.5%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の22.4%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の18.2%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 所定単位数の14.5%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)~(14) | 原稿の3加算の取得状況に基づく加算率 |

(エ)減算について

以下の要件を満たす場合、上記の額を算定します

| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算額 |
|-------------|---|-----|
| 訪問介護同一建物減算1 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合。 | 10% |
| 訪問介護同一建物減算2 | 事業所と同一敷地内の建物に居住する利用者50人以上にサービスを行う場合。 | 15% |
| 訪問介護同一建物減算3 | 事業所と同一建物等に居住する利用者の割合が100分の90を超えている場合。 | 12% |

※介護保険の改正等により給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、ご契約者様の負担額を変更させていただきます。

(オ) サービス時間等に関する注意事項

- ・「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。
- ・上記サービスの利用料金は実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付金体系により計算されます。
- ・「訪問介護サービスの生活援助」と「介護予防訪問介護サービス」は1回のサービス提供時間は1時間30分が限度となっております。

(カ) サービス料金等に関する注意事項

- ・2人の訪問介護員が共同でサービスを行う場合にはご契約者の同意の上で通常の2倍の料金をいただきます。

例)・体重の重い方の対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合

- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合
- ・ご契約者様がまだ要介護、要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料の全額を自

己負担頂きます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額(1割)を除く金額(9割)が介護保険から払い戻されます(償還払い)また、居宅サービス計画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、ご契約者様が保険給付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。

・介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用された場合にはサービス利用料金の全額がご契約者様の負担となります

訪問ヘルパーの交通費負担が発生する場合

・通院、外出介助での公共交通機関をご利用される場合には同行ヘルパーの交通費をご負担頂きます。

・通常の事業実施地域(七ヶ浜町、多賀城市、塩釜市、利府町、松島町)以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合には、サービスの提供に際し要した交通費の実費をお支払い頂きます。

(キ) 利用の中止、変更、追加等

- 利用予定日の前に、ご契約者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施の前日までに事業者へ申し出て下さい。
- 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を申し出された場合にはキャンセル料として、下記の金額をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者様の体調不良等の急な受診や入院、忌引など正当な事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) |

- 利用料金のお支払方法
サービスに係る料金は1か月ごとに計算し、サービス利用月の末日にご請求致します。
利用料金は以下の方法でお支払いください。

【利用料金のお支払】

口座振替にて利用料をお支払いください

ご契約者様のゆうちょ銀行もしくは七十七銀行の口座より自動引き落とし致します。

(事前の登録手続きをお願いします。)

引き落とし日は毎月10日(土日祝の場合は翌営業日)になりますので、口座の残高の確認を

お願い致します。

引き落としが出来なかった場合には現金または銀行振込にてお支払い頂きます。銀行振込の場合、手数料はお客様負担となります。

6. 利用時のお願いについて

- ◇利用中に心身の状態に異変を生じた場合には直ちにヘルパーに伝えて下さい。
- ◇サービスを行う上において、必要と指定する用具備品等は無償で使用させていただきます。
(水道、ガス、電気含む)また、必要な場合には物品等の準備をお願いします。
- ◇医師の診断や日常生活の留意事項、利用当日および利用中の健康状態をヘルパーにお伝えいただき、心身の状態に応じたサービス提供を受けるように留意下さい。
- ◇利用者の方から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、ご遠慮なくご相談下さい。
- ◇介護保険の適応範囲外の援助行為は行えませんのでご注意ください。

生活援助に含まれない範囲

- ① 利用者以外のもの
利用者以外の者の洗濯、来客の応接(お茶、食事の手配等)
- ② 日常生活の援助に該当しない行為
日常行為以外の行為 草むしり、花木の水やり等
家事の範囲を超えるもの 大掃除、ガラス拭き、ワックスがけ、修繕、模様替え等

7. ホームヘルパーの禁止行為

以下の行為は禁止されておりますので、ヘルパーへの強制はご遠慮いただきます。

ヘルパーが利用中に禁止行為を行っている場合には直ぐにお知らせください。

- ◇医療行為
- ◇金品や権利書などのお預かり
- ◇公共料金のお支払いや、その他金銭関係の処理
- ◇利用者もしくはご家族からの金銭または物品、飲食の授受
- ◇ご契約者の家族に対するサービスの提供
- ◇飲酒、喫煙および飲食(移動介護などにおいて利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合を除く)
- ◇身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除く)
- ◇利用者もしくはご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利営業及びその他の迷惑行為

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に体調の異変等があった場合には主治医、救急隊、ご家族、協力医療機関等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | | |
|----------------|-------------|--|
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称 | |
| | 氏名 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名(利用者との続柄) | |
| | 電話番号 | |

9. 苦情の受付窓口

訪問介護サービスに関する苦情などは管理者またはサービス提供責任者、もしくは下記窓口までお申し出下さい

(1) 当事業所のサービス相談、要望、苦情等窓口

| | |
|---------|---------------------|
| 電話番号 | 022-366-2620 |
| 受付時間 | 営業日の午前8時30分～午後6時00分 |
| 苦情受付担当者 | 金澤 拓海 |
| 苦情解決責任者 | 金澤 哲男 |

(2) 行政機関のサービス相談、要望、苦情等窓口

| | |
|------|--------------------------------------|
| 市町村名 | 七ヶ浜町 |
| 電話番号 | 022-357-7447 |
| 担当部署 | 長寿社会課 介護保険係 (地域包括センター) |
| 備考 | 福祉サービス利用に関する運営適正化委員会 専用電話716-9674 |

(3) 国民健康保険団体連合会のサービス相談、要望、苦情等窓口

| | |
|-------|----------------|
| 国保連合会 | 宮城県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 022-222-7079 |
| 担当部署 | 介護保険課 |

【 苦情の対応について 】

当事業所は、ご契約者様に対して、自ら提供した訪問介護サービスに係る苦情を受け付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施いたします。

- ① 苦情の受付
- ② 苦情内容の確認
- ③ 苦情解決責任者への報告
- ④ ご契約者様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤ 苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥ 再発防止、及び改善の実施
- ⑦ ご契約者様への苦情解決結果の説明・同意
- ⑧ 苦情解決責任者等への最終報告

10. 秘密保持及び個人情報保護について

- (1) 当社は業務上知り得たご契約者様およびそのご家族の秘密および個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取り扱い、関係機関等と連携を図る等正当な事由がない場合以外には、開示しません。
- (2) 当社は、そのサービス提供上知り得たご契約者様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中とはもとより退職後も同様とします。
- (3) 当社は、必要な範囲においてご契約者様およびそのご家族等の個人情報を取り扱い致します。なお、ご契約者様およびそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

【個人情報使用目的】

- ① 当社のサービス提供のため
 - ② ご契約者様へのサービス提供について他の事業所と連携するため
 - ③ ご契約者様およびそのご家族等へのサービス料金のご請求やその他ご連絡の為
 - ④ ご契約者様およびそのご家族等に当社サービスのお知らせを案内するため
 - ⑤ ご契約者様の請求データ処理などに関する業務のため
 - ⑥ 統計データへの利用(但し個人を特定できるような利用は一切致しません。)
 - ⑦ 緊急時に医療機関等に連絡するため
- (4) 上記に定める守秘義務は契約期間中及び契約終了後も同様とします。

11.損害賠償について

- (1) 当社は訪問介護サービス又は介護予防訪問介護サービスの実施にあたって当社の責めに帰すべき事由により、ご契約者様またはその家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- (2) ご契約者様またはその家族などが当社の事業従業員に対し、生命・身体・財産などに損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求されることがあります。
- (3) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応に当たっては専門家による修理または復元を原則とします。
- (4) 修理または復元が不可能な場合には、原則として購入時の価格ではなく時価(購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額)を損害賠償範囲とします。そのため、購入から長年を経過した物品については、賠償を致しかねる場合もあります。
- (5) 取扱いに特別な注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。提示のない場合は、賠償を致しかねる場合があります。

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。

令和 年 月 日

| | |
|------|---------------------|
| 事業者名 | プリムローズ有限公司 |
| 所在地 | 宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑10番 |
| 代表者 | 代表取締役 金澤 哲男 印 |

<説明者>

| | |
|----------|---------------|
| サービス事業所名 | ヘルパーステーション海の宮 |
| 説明者 | 管理者 金澤 拓海 印 |

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、介護保険指定居宅サービス又は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: |
| 署名代行者 | 住所: |
| | 氏名: |
| (利用者との続柄) | 続柄: |
| (署名代行の事由) | 事由: |