

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）

重要事項説明書

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、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（法人）の概要

事業者（法人）名称	社会福祉法人 函館厚生院
代表者（職名・氏名）	理事長 中田 智明
主たる事務所の所在地	函館市本町34番8-1号
電話番号	0138-51-9588
ファックス番号	0138-55-9693

2 事業所の概要

事業所名称	第1号訪問事業（国基準訪問型サービス） ヘルパーステーションケンゆのかわ
事業所の所在地	函館市湯川町3丁目29番15号
電話番号	0138-36-0955
ファックス番号	0138-59-3990
管理者の氏名	齊藤 美樹
事業所番号	0171405004（令和3年3月1日指定）
通常の事業の実施地域	函館市（但し、旧戸井町、旧恵山町、旧楳法華村、旧南茅部町を除く区域とする。）

3 運営方針

地域との結びつきを重視し、地域包括支援センター、介護予防支援事業者、他の介護予防事業者、保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者及び関係市町村との密接な連携を図りつつ、お客様の心身の状況、その置かれている環境及びご希望等の把握に努め、お客様が可能な限りその居宅において、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、食事等の介護その他日常生活上の支援を行うことにより、お客様の心身機能の維持回復を図り、もってお客様の生活機能維持又は向上を目指すものとします。

4 営業日及び時間

営業日	月～金 原則として12月30日から1月3日（5日間を除く日） ※ 必要時は対応可
営業時間	9時から17時（サービス提供時間 6時から22時）

5 事業所の職員体制

事業所の従業者の職種	員数	勤務の形態
管理者	1人	常勤1名（兼務）
サービス提供責任者	3人	常勤3名以上（介護福祉士3名）
訪問介護員養成研修2級課程を修了した者	2.5人以上 （常勤換算）	非常勤

6 利用者負担金（1割～3割負担分）及び利用料の支払い方法

	サービス利用料金 （1ヶ月につき）	利用者負担額1割 （1ヶ月につき）	利用者負担額2割 （1ヶ月につき）	利用者負担額3割 （1ヶ月につき）
国基準訪問型サービス（Ⅰ） ※週に1回程度訪問する場合	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
国基準訪問型サービス（Ⅱ） ※週に2回程度訪問する場合	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
国基準訪問型サービス（Ⅲ） ※週に2回程度を超える場合	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円
初回加算	2,000円	200円	400円	600円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	月の所定料金へ28.7%乗じた金額が加わります			

◎処遇改善加算について、介護職員の処遇改善に要する加算です。

この金額は、介護保険の法定料金に基づく金額です。

◎通院介助・買物等により、ヘルパーが各種交通機関を利用する場合の交通費は、弁済実費になります。

◎上記の利用者負担金は「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合は、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後、市町村に対して保険給付分を請求することになります。

7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、通常の実施区域を超えた部分から交通費の実費をいただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施地域を越えた部分からの往復距離（1km未満端数切り捨て）に20円（1km単価）を乗じた額をいただきます。

8 利用料の支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1か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。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし (ゆうちょ銀行のみ)	サービスを利用した月の翌月の15日（土祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座から引き落とします。（引き落としが出来なかった場合は、25日に再度引き落としになります。）
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月末（土祝休日の場合は直前の平日）までに利用者の方がお振込み願います。手数料は利用者負担となっております。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日前後に、請求書を発行いたします。それに合わせて現金でお支払いください。

◎ 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

低所得者で生計が困難である方は申請により介護サービス費が軽減される場合があります。詳しくは事業所までご相談ください。

9 事故発生時の対応と損害賠償について

利用者に対し訪問介護時に、事故が発生した場合は利用者の家族、緊急連絡先、市町村等関係機関に速やかに連絡し、必要な措置を講じます。また賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

10 衛生管理等

- (1) 事業所は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。
- (2) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
 - ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1.1 虐待防止のための措置

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。
- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
 - ② 虐待防止のための指針の整備
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
 - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

1.2 身体的拘束の適正化

- (1) 事業所は、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束や行動を制限する行為を行なわないものとする。やむを得ず身体的拘束を行う場合は、以下を記録する。
- ① 身体的拘束等の様態・時間、利用者の心身の状況
 - ② 身体的拘束を行なわざるを得ない緊急やむを得ない理由
 - ③ その他必要な事項
- (2) 事業所は、身体的拘束等の適正を図るため、次に掲げる措置を講ずる。
- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果について、従業員に周知徹底を図る。
 - ② 身体的拘束等の適正化のため指針を整備する。
 - ③ 従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

1.3 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1.4 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	窓口担当者 齊藤美樹 ご利用時間 月～金 9時00分～17時30分 ご利用方法 電話 36-0955 FAX 59-3990
函館市保健福祉部	住所 函館市東雲町4番13号
高齢福祉課 相談支援担当 ・養護者による高齢者虐待	電話 21-3025 8:45から17:30
指導監査課 高齢者担当 ・養介護施設従事者による 高齢者虐待	電話 21-3926 21-3927 8:45から17:30 21-3923
北海道国民健康保険 団体連合会	住所 札幌市中央区南2条西14丁目 電話 011-231-5175 9:00から17:00

1.5 個人情報の保護について

- (1) 事業所は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合等、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文書により利用者及びその家族の同意を得た場合は、前項の規定に関わらず一定の条件の下（個人情報の使用説明書参照）で個人情報を利用できるものとしてします。

1.6 サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には毎回「訪問記録表」の書面に必要事項を記入し、確認の印を頂きます。
- (2) 記録等は、5年間適正に保管しておりますので、ご要望があればいつでも御覧になれます。

1.7 サービスご利用時の留意事項

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意してください。
医療行為はいたしかねますので、ご了承ください。
介護保険制度上、利用者（要介護者等）の介護や家事の準備等を行うこととされております。家族への方の食事の準備など、それ以外の業務については禁止されておりますので、ご了承ください。
ご利用される方のいない時間帯のサービスは提供できません。
ヘルパー等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

※ 当事業所は半年ごとのヘルパー交代制を導入しております。

18 健康上の理由によるサービスの中止

下記の理由によりサービスを中止する場合がありますので、ご了承ください。

- ① かぜ、病気及び伝染性の疾患に罹っている場合、もしくは疑いのある場合等、サービスの提供をお断りする場合があります。
- ② サービスご利用中、体調等に変化があった場合、サービス内容の変更または中止する場合があります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応いたします。
また、必要に応じて速やかに主治医または協力病院と連携を取る等必要な措置を講じます。
- ③ サービスご利用を休止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

19 第三者評価の実施

- 実施している
- 実施していない

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

評価機関 _____

評価機関の開示

- 開示している
- 開示方法 _____
- 開示していない

20 サービス提供開始可能年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 月 日

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要重項の説明をいたしました。

ヘルパーステーションケンゆのかわ
管理者 齊藤美樹

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、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）の提供開始に同意しました。

■利用者

住 所 函館市 _____

氏 名 _____

■代筆者（続柄 _____）

住 所 _____

氏 名 _____

■代理人（続柄 _____）

住 所 _____

氏 名 _____

個人情報 の 使用 説明 書

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）

ヘルパーステーションケンゆのかわ

1 個人情報の使用を行う目的と内容

居宅サービス計画にそって円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、以下の情報を使用する必要があります。

- 1 認定調査票
- 2 居宅サービス計画書
- 3 訪問介護計画書
- 4 アセスメント表から抜粋した内容
 - 1) 医療情報
 - 2) 心身の状況
 - 3) 緊急連絡先
 - 4) 家族又は代理人の情報

2 個人情報の提供を行う事業者等

個人情報の提供を行う事業者は、居宅サービス計画に記載された事業者とし、居宅サービス計画に変更があり、サービス事業者を追加した場合も「1」と同様の内容で情報提供を行うこととします。

訪問介護員養成学校の実習受け入れ時。

3 個人情報の使用を行う期間

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）ヘルパーステーションケンゆのかわとの契約と同一期間とします。

4 個人情報の使用に同意していただくにあたって

個人情報の使用期間中は、中止のお申し出がない限り継続することとします。

個人の情報の使用に際しては必要最小限とし、関係者以外の者に漏れることがないよう細心の注意を払います。

以上、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）ヘルパーステーションケンゆのかわの個人情報の使用説明書です。

社会福祉法人函館厚生院

ヘルパーステーションケンゆのかわ

管理者 齊藤美樹

個人情報使用同意書

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）

ヘルパーステーションケンゆのかわ

個人情報の内容

- 1 認定調査票
- 2 居宅サービス計画書
- 3 訪問介護計画書
- 4 アセスメント表から抜粋した内容
 - 1) 医療情報
 - 2) 心身の状況
 - 3) 緊急連絡先
 - 4) 家族又は代理人の情報

個人情報の提供を行う事業者等

居宅サービス計画に記載されたサービス事業者および居宅サービス計画変更時に追加させた事業者

訪問介護員養成学校の実習受け入れ時

個人情報の使用を行う期間

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）ヘルパーステーションケンゆのかわとの契約と同一期間

私は、私及びその家族の個人情報の使用について説明を受け、上記の内容を確認し同意いたします。

年 月 日

■利用者

住 所 _____

氏 名 _____

■代筆者（続柄 _____）

住 所 _____

氏 名 _____

■利用者家族代表（続柄 _____）

住 所 _____

氏 名 _____