

ヘルパーステーション はあと 重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び所在地等

○事業所名	ヘルパーステーション はあと
○所在地	〒018-3324 秋田県北秋田市大町8番23号
○電話番号	0186-67-8259
○FAX番号	0186-69-7377
○介護保険指定番号	0571118256 号

(2) 事業の目的

当事業所は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に沿った訪問介護及び第1号訪問事業（以下「訪問介護等」という。）サービスを提供します。訪問介護等サービスの提供を通じて、要支援又は要介護状態となった場合においても家庭で自立した在宅生活を送ることができるよう支援します。また、家族の介護負担の軽減を図ります。

(3) 事業の運営方針

○当事業所は、利用者の心身の状況を十分に把握し、家庭での在宅生活に必要な訪問介護等サービスを適切に行います。

○当事業所は、地域や家庭との結びつきを重視し、主治医または各保健医療サービス提供者、市町村や居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業所等との綿密な連携に努め、利用者が統合的にサービスを利用することができるよう努めます。

○当事業所は、明るく親切な対応に努め、様々なニーズを把握しながら、利用者一人ひとりの意思や人格を尊重したサービスの提供に努めます。

(4) 職員の体制

職 種	人員・勤務形態等
管 理 者	1名（常勤） サービス提供責任者、訪問介護員兼務
サービス提供責任者	2名以上（常勤） 管理者・訪問介護員兼務含む
訪問介護員	4名以上（常勤・非常勤） 管理者・サービス提供責任者兼務含む

職員の職務内容は以下のとおりです。

○管理者…当事業所に携わる職員を総括して管理、指導し、必要に応じて他関係機関との連携を図ります。また、利用申込み等にかかる調整、相談や苦情等への対応、業務の遂行状況の把握、その他の管理を一元的に行います。

○サービス提供責任者…居宅サービス計画に基づく訪問介護計画を作成し、サービス提供内容の管理等を行います。

○訪問介護員…訪問介護計画に基づく介護業務全般を行います。また、利用者及び家族からの相談に応じ適切に対応、指導等を行います。

(5) 営業日及び営業時間

○営業日…日曜日～土曜日（年末年始（12月31日～1月2日）を除く）

○営業時間…午前8時30分～午後5時15分

※緊急時は営業日、営業時間外でも対応するよう努めます。

(6) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、北秋田市です。ただし、管理者が認めた場合は、それ以外の地域への訪問対応もします。

2. サービスの内容

(1) 訪問介護計画の作成…サービス提供責任者は、利用者個々の日常生活全般の状況及び心身の状況等を踏まえ、訪問介護計画を作成します。ただし、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿って作成します。

(2) 訪問介護…ご家庭に訪問し、訪問介護計画に基づいてご家庭での日常生活に必要な介護業務全般を行います。

①身体介護…食事・排泄・入浴・通院等の介助を行います。

②生活援助…調理・衣類の洗濯・生活必需品の買い物等を行います。

③相談援助…日常生活に必要な相談及び助言等を行います。

3. 利用料金

(1) 要介護1～要介護5の方の基本料金（1ヶ月あたりの利用料）

① 訪問一回あたりの基本利用料

○特定事業所加算（Ⅱ）を算定しますので、下記の訪問一回あたりの基本利用料に10%が加算されます。

【身体介護】

所要時間	利用料	加算算定後の利用料
20分未満	163円	179円
20分以上30分未満	244円	268円
30分以上1時間未満	387円	426円
1時間以上1時間30分未満	567円	624円

※ 身体介護における1時間30分以上の訪問については、30分を増すごとに82円がかかります。

【生活援助】

所要時間	利用料	加算算定後の利用料
20分以上45分未満	179円	197円
45分以上	220円	242円

【身体介護に引き続いて行う生活援助】

所要時間	利用料
20分以上45分未満	65円
45分以上70分未満	130円
70分以上	195円

※身体介護一回あたりの利用料＋上記利用料に、特定事業所加算(Ⅱ)の10%を加算します。

② 訪問一回あたりの加算料金（該当する場合のみ）

○早朝（午前6時～午前8時）または夜間（午後6時～午後10時）の時間帯に訪問した場合は上記の利用料に25%が加算されます。

○深夜（午後10時～午前6時）の時間帯に訪問した場合は上記利用料に50%が加算されます。

○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ときに、サービス提供責任者または他の訪問介護員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、緊急時訪問介護加算として、上記利用料に100円が加算されます。（要介護1～要介護5の方のみ）

○複数による訪問介護が必要だと認められた方に対して、複数の訪問介護員が同時に訪問した場合は、上記利用料に200%が加算されます。

③ 1ヶ月あたりの加算料金（該当する場合のみ）

○初回加算 200円／月

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または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加算されます。

○生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100円／月

- ・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則、許可病床数が200床未満）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること。
- ・当該理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 を、定期的に行うこと。

○生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200円／月

- ・現行の訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則、許可病床数が200床未満）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が訪問を行う場合

(2) 要支援 1・2、総合事業対象者の方の基本料金（1ヶ月あたりの利用料）

① 1ヶ月あたりの基本利用料

区 分	利用料
訪問型サービス（Ⅰ） （週1回程度の訪問が必要とされた方）	1, 176円
訪問型サービス（Ⅱ） （週2回程度の訪問が必要とされた方）	2, 349円
訪問型サービス（Ⅲ） （週2回を超える程度の訪問が必要とされた方）	3, 727円

② 1ヶ月あたりの加算料金（該当する場合のみ）

○初回加算 200円/月

○生活機能向上連携加算 100円/月

※（1）の③と同様の算定要件です。＜生活機能向上連携加算については（Ⅰ）＞

※（1）～（2）の料金は1割分の自己負担額であり、負担割合証で「2割」「3割」と記載されている方については、自己負担額がそれぞれ2倍、3倍となります。

(3) 訪問介護処遇改善加算Ⅲ

- ・上記の（1）または（2）の料金（総単位数）に加算率（18.2%）を乗じた金額が加算されます。

(4) 中山間地域における小規模事業所加算

- ・上記の（1）の料金（総単位数）に加算率（10%）を乗じた金額が加算されます。

(5) 法定代理受領サービス以外の場合

法定代理受領サービス以外の場合は、保険給付対象外ですので、全額自己負担となります。

（1）または（2）の合計料金×10の料金をお支払いいただきます。

(6) その他の料金

通常の実施地域以外の地域へ訪問し、訪問介護サービスを提供した場合は、交通費として1kmにつき30円をお支払いいただきます。

(7) 利用料の請求

毎月月末締めで、1月分の利用料をまとめて請求いたします。請求書は、ご指定の請求先へ、毎月15日に発送いたします。お支払い期限は請求書発行月の月末です。

請求先が変更になった場合は、速やかに届け出てください。

（８）利用料のお支払い

①現金でお支払いの場合

当法人事務所にて、現金によるお支払いができます。送付された請求書を持参してください。

②振込みによるお支払いの場合

下記の金融機関等で振込みが可能です。所定の振込用紙をご利用されますと手数料が無料となりますので、ご希望の場合は法人事務局へお問合せください。

金融機関等	口座種別	口座番号	口座名義
北都銀行 鷹巣支店	普通預金	6051269	いっぽんざいだんほうじん 一般財団法人 たかのす福祉公社 りじちょう まつはし まさこ 理事長 松橋 雅子
秋田銀行 鷹巣支店		0873877	
秋田たかのす農業協同組合 本店		0003375	
秋田県信用組合 鷹巣支店		0357438	
ゆうちょ銀行		02280-0-76316	

③自動引落によるお支払いの場合

上記金融機関等で自動引落が可能です。引落日は毎月２８日です。（土日や祝日の場合は次の平日になります。）

ご希望の場合は、所定の申込用紙に必要事項を記入して提出していただきます。

４．サービス利用にあたっての留意事項

- （１）利用者が医療機関等へ入院された場合は、当事業所または担当ケアマネジャーへご連絡ください。
- （２）ご家族へのサービス提供は対応し兼ねますのでご了承ください。

５．身体拘束の禁止

当事業所では、全ての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、原則として身体拘束を行いません。やむを得ず身体拘束等の行動制限を行う場合は、事前に利用者及び家族に対し、その内容、期間、時間帯等を説明した上で、同意を得ることとします。

６．緊急時の対応

当事業所では、サービス提供時に利用者の病状が急変した場合やその他緊急的に必要な場合は、主治医や医療機関へ連絡をとるなど、適切かつ速やかに対応いたします。また、指定の緊急連絡先へ速やかに連絡いたします。

７．事故発生時の対応

当事業所では、サービス提供による事故が発生した場合には、主治医や医療機関等へ連絡をとるなど、適切かつ速やかに対応いたします。また、指定の緊急連絡先へ速やかに連絡いたします。

８．衛生管理

当事業所では、職員の清潔の保持と健康管理及び事業所の設備や環境等の衛生管理に努めます。

す。また、使用する医療用具等の衛生管理を徹底するとともに、感染症等の媒体とならないよう、職員は日常的に手洗い、うがいを励行します。

9. 個人情報等の保護

当事業所では、業務上知り得た利用者またはその家族等に関する個人情報については、「別紙1」により利用者及び身元引受人より同意を得た上で、「別紙1」に定めた範囲内のみで使います。また、個人情報の保護にあたっては、各関係規則等に則り、守秘義務を遵守します。

10. 苦情・相談受付

訪問介護等サービスに関する苦情や相談については次の窓口にて職員及び担当者が随時受付いたしますので、お気軽にご連絡ください。

受付機関等	電話番号
ヘルパーステーションはあと（担当： 管理者 吉田 淳子）	0186-67-8259
一般財団法人たかのす福祉公社	0186-67-8255
北秋田市健康福祉部 高齢福祉課 介護保険係	0186-62-1112
秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課	018-883-1550

11. その他運営に関する重要事項

- （1）訪問介護等サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対して日常生活上必要な事項について理解しやすいように指導または説明を行います。
- （2）当事業所のサービス提供に関する必要な記録等を整備しておくとともに、その完結した日から5年間保存します。

ヘルパーステーション はあと サービス利用同意書

令和 年 月 日

本重要事項説明書の内容について説明し、交付いたしました。

【所在地】 秋田県北秋田市大町8番23号

【事業所名】 ヘルパーステーション はあと

【管理者名】 吉 田 淳 子

【説明担当者】

令和 年 月 日

本重要事項説明書を受領し、内容について説明を受け、同意いたしました。

【利用者】 住 所
 氏 名

【家族又は代理人】住 所
 氏 名
 (続柄)

「別紙 1」

個人情報の取扱いに関する同意書

事業者及び事業所とその職員は、利用者及びその家族等の個人情報を、以下に定める条件のとおりに必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することとします。

※事業者が定める「個人情報に関する基本方針」及び「個人情報の利用目的」は、事務所内に掲示しています。

1. 期間

サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 目的

(1) 事業所等が利用者等に提供する介護サービス全般にかかること

- ・利用者に関わる各種介護計画（ケアプラン）の立案や事業所等において実施する各種会議等
- ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連絡調整等（サービス担当者会議等）
- ・利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見や助言を求める場合 他

(2) 介護保険事務全般にかかること

- ・審査支払い機関へのレセプト提出 他

(3) 介護サービスの利用にかかる管理運営業務にかかること

- ・会計、経理
- ・介護事故、緊急時等における他機関への報告
- ・事業所等において行われる実習等の受入れと協力
- ・外部監査機関、評価機関等への情報提供 他

(4) 損害賠償保険などにかかる保険会社等への相談又は届出等

(5) その他事業者が別に定める規則等によるもの

3. 条件

(1) 個人情報の提供は、必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外では決して利用しません。また、利用者とのサービス利用契約の締結前からサービス利用終了後または契約解除後においても、第三者に漏らしません。

(2) その他個人情報に関する全ての取扱いについては、事業者が別に定める規則等によるものとします。

令和 年 月 日 【説明担当者】

本同意書の内容について説明を受け、同意いたしました。

【利 用 者】 住 所

氏 名

【家族又は代理人】住 所

氏 名

(続柄)