

## 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、岐阜県条例の規定に基づき、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	医療法人白水会
主たる事務所の所在地	〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂の東5770番地
代表者（職名・氏名）	理事長 ・ 野尻 眞
設立年月日	昭和55年4月1日
電話番号	0574-72-2222

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーションやまびこ	
サービスの種類	訪問介護・第1号訪問事業サービス	
事業所の所在地	〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂の東5770番地	
電話番号	0574-75-2388	
指定年月日・事業所番号	平成12年5月15日指定	2111300626
管理者の氏名	藤井 みや子	
通常の事業の実施地域	加茂郡白川町	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、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、居宅サービス又は介護予防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、利用者の要介護状態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

訪問介護（又は第1号訪問事業サービス）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	<p>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。</p> <p>※自立支援の観点から安全を確保しつつ、常時介助出来る状態で行う見守り等を含みます。</p> <p>例) 清拭・入浴介助、排泄・更衣介助、食事介助、移動・移乗介助、通院・外出介助、服薬介助、体位変換など</p>
② 生活援助	<p>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。</p> <p>例) 掃除、洗濯、調理、買い物代行、ゴミ出し、内服受取り届け、傾聴衣服整理など</p>
③第1号訪問事業サービス 訪問型サービス	<p>要介護状態が軽く、生活機能が改善する可能性が高い利用者の自立にむけての支援を行います。</p> <p>例) 掃除、洗濯、調理、買い物代行、ゴミだし、内服支援、傾聴、見守り</p>
※介護予防 日常生活支援 総合事業	<p>高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業で介護保険の対象者にはなりません、生活機能の向上が必要とされた方が利用できます。</p>

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前7時30分から17時30分まで対応をします。

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	<p>介護福祉士 生活援助従事者研修課程</p>
--------	------------------------------

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	藤井 みや子 (介護福祉士)
--------------	----------------

## 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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護保険給付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) 訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 1回あたりの所要時間		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
身体介護中心型	20分未満	1,840円	184円
	20分以上30分未満	2,750円	275円
	30分以上1時間未満	4,360円	436円
	1時間以上1時間30分未満	6,370円	637円
	1時間30分以上	30分増すごとに920円を加算	30分増すごとに92円加算
生活援助中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	2,010円	201円
	45分以上60分未満	2,480円	248円
通院等のための乗車又は降車の介助			

(注1) 「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、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訂されます。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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

※利用者負担金が2割の場合2倍の額になります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上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	
		基本利用料	利用者負担金(自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合(1月につき)	2,000円	200円
生活機能向上連携加算	指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの一環として利用者の居宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合(1月につき)	1,000円	100円
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,000円	100円

夜間・早朝 深夜加算	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時） にサービス提供する場合	上記基本部分の25%
	深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する 場合	上記基本部分の50%
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす 場合	上記基本部分の10%
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の13.7%（基本 料金＋各種加算減算）
特別地域 訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%
介護職員等 ベースアップ等 支援加算※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分の2、4%
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算※	中山間地域（＝岐阜県の場合は全域）にお いて、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住す る利用者へサービス提供した場合	上記基本部分の5%

（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】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に 居住する利用者等へ のサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の 建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料 老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限 る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物 の利用者	上記基本部分の90%
サービス提供責任者 体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員 基礎研修課程修了者等を除く）をサービス 提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

## （2）第1号訪問事業の利用料

### 【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金（自己負担1割の場 合）（＝基本利用料の1割） ※(注2)参照
訪問型サービスⅠ 1週間に1回程度の介護予防訪問 介護が必要とされた場合	11,760円	1,176

訪問型サービスⅡ	1週間に2回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	23,490円	2,349円
訪問型サービスⅢ	1週間に3回程度以上の介護予防訪問介護が必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	37,270円	3,727円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、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訂されます。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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

※ ※対応時間は45分とさせていただきます。

※ ※利用者負担金が2割の場合2倍の額になります。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上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	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円
生活機能向上連携加算	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で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(1月につき)	1,000円	100円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の13.7%(基本料金+各種加算減算)	
特別地域介護予防訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%	
介護職員等ベースアップ等支援加算※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分の2、4%	
中山間地域等に移住する者へのサービス提供加算※	中山間地域(=岐阜県の場合は全域)において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本部分の5%	

(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】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

### （3）キャンセル料

利用中止の連絡がなく訪問した場合は、基本利用料の50%の額のキャンセル料をいただきます。（注）キャンセルの連絡は当日利用時刻の1時間前にはお願いします。

### （4）支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料（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。

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25日・月末の2回（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する郵便局より引き落とします。 領収書については引き落とした翌月の10日以降に差し上げます。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日（休業日の場合は直前の営業日）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。

## 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1. 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 0574-75-2388 相談受付 藤井 みや子
---------	----------------------------------

(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	白川町保健福祉課	電話番号 0574-72-2317
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話番号 058-275-9820

## 1 2. 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介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

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 岐阜県加茂郡白川町坂の東 5770 番地

事業者（法人）名 医療法人 白水会

代表者・氏名 理事長 野尻 眞 印

説明者・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印