

居宅介護・同行援護  
重 要 事 項 説 明 書

様

医療法人社団帰厚堂  
ヘルパーステーションやはば

ヘルパーステーションやはば  
重要事項説明書  
＜ 年 月 日現在＞

### 1. 事業者（法人）の概要

|         |                        |
|---------|------------------------|
| 名 称     | 医療法人社団 帰厚堂             |
| 所 在 地   | 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢 1-2-181 |
| 電 話 番 号 | 019-697-5211           |
| 代 表 者 名 | 理事長 木村 宗孝              |

### 2. 事業所の概要

|                 |                                          |       |           |
|-----------------|------------------------------------------|-------|-----------|
| 事 業 所 名         | ヘルパーステーションやはば                            |       |           |
| 所 在 地           | 岩手県紫波郡矢巾町大字又兵エ新田第5地割 335 番地              |       |           |
| 連 絡 先           | (TEL) 019-698-1385 (FAX) 019-611-2071    |       |           |
| 事 業 者 番 号       | 居宅介護・同行援護 0312205016                     |       |           |
| 事業実施地域          | 矢巾町・紫波町・盛岡市（玉山地区を除く）<br>（上記以外の方はご相談ください） |       |           |
| 事業所が行っている他の業務   | 指定訪問介護事業所<br>0372200204                  |       |           |
| 第三者による<br>評価の実施 | 1 あり                                     | 実施日   |           |
|                 |                                          | 評価機関名 |           |
|                 |                                          | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
|                 | ② なし                                     |       |           |

### 3. 事業所の職員体制

|           | 保有資格   | 人員（人）   | 業務内容        |
|-----------|--------|---------|-------------|
| 管理者       | 介護福祉士等 | 1 人     | 労務・業務管理     |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士等 | 1 人以上   | 計画作成・サービス調整 |
| サービス提供者   | 介護福祉士等 | 6 人以上   | 訪問介護        |
| 事務職員      |        | 1 人（兼務） | 経理事務等       |

事業所の管理者 朝日田 由姫恵

#### 4. 事業の目的

医療法人社団帰厚堂が設置するヘルパーステーションやはば（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護及び同行援護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理・運営に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った、適正かつ円滑な指定居宅介護及び同行援護の提供を確保する事を目的とします。

#### 5. 運営方針

事業所は、利用者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営む事ができるよう、当該利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護ならびに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとします。

#### 6. サービスの主たる対象者

- (1) 身体障害者
- (2) 知的障害者
- (3) 障がい児
- (4) 精神障害者
- (5) 難病患者

#### 7. サービスの内容

|                        |                                                                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅介護計画等の作成             | ・利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画等の作成<br>・計画書の必要に応じた見直し                           |
| 身体介護                   | ・入浴介助    ・清拭、洗髪    ・排泄介助<br>・食事介助    ・体位交換等日常生活に必要な介護                                                 |
| 通院等介助                  | ・通院等又は官公署（公的手続き、障害福祉サービスの利用に係る相談のための利用に限る）の屋内外における移動等の介助<br>・通院先での受診等の手続き、移動等の介助                      |
| 家事援助                   | ・掃除    ・洗濯    ・調理<br>・日常生活に必要な買物                                                                      |
| 同行援護                   | ・移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的障害情報の支援（代筆・代読を含む）<br>・移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護<br>・排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助 |
| その他、生活等に関する相談・助言を行います。 |                                                                                                       |

＜サービスの利用に関する留意事項＞

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 従業者の禁止行為     | <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療行為</li> <li>② 利用者又は家族の金銭、預金通帳、証書、書類等の預かり</li> <li>③ 利用者又は家族からの金銭又は物品、飲食の授受</li> <li>④ 利用者の同居家族に対するサービス<br/>利用者の居室以外の居室の掃除、植物の水遣りなど<br/>日常生活の範囲を超えたサービス（庭掃除、大掃除など）</li> <li>⑤ 飲酒・飲食（移動介護等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）</li> <li>⑥ 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や身体を保護するため緊急やむをえない場合を除く）</li> <li>⑦ 利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為</li> </ul> |
| サービスの利用の留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>① サービスの提供に先立ち、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。</li> <li>② 居宅介護計画等を作成し、計画書に基づいてサービスを行います。（心身の状況等の変化により、必要に応じて変更します）</li> <li>③ 複数の従業者が交代してサービス提供します。サービス利用上の不利益が生じないよう十分配慮します。</li> <li>④ サービスの提供ごとに実施日時や実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容をご確認いただきます。</li> </ul>                                                                  |

8. サービスの提供時間

|        | 早朝（6：00～8：00） | 通常（8：00～18：00） | 夜間（18：00～22：00） |
|--------|---------------|----------------|-----------------|
| 平日     | ○             | ○              | ○               |
| 土・日・祝日 | ○             | ○              | ○               |

＜サービスについての相談窓口＞

電話番号      019-698-1385

サービス提供責任者 \_\_\_\_\_

## 9. 利用料金

自立支援の給付サービスの料金の自己負担額は、下記のとおりです。

|      | 利用時間                    | 基本料金      | 自己負担額   |
|------|-------------------------|-----------|---------|
| 家事援助 | 30 分未満                  | 1,060 円/回 | 106 円/回 |
|      | 30 分～45 分               | 1,530 円/回 | 153 円/回 |
|      | 45 分～1 時間               | 1,970 円/回 | 197 円/回 |
|      | 1 時間～1 時間 15 分          | 2,390 円/回 | 239 円/回 |
|      | 1 時間 15 分～<br>1 時間 30 分 | 2,750 円/回 | 275 円/回 |
|      | 1 時間 30 分以上             | 3,110 円/回 | 311 円/回 |
|      | 以後 15 分増すごと             | 350 円     | 35 円    |

|                        | 利用時間        | 基本料金      | 自己負担額   |
|------------------------|-------------|-----------|---------|
| 通院等介助<br>* 身体介護を<br>伴う | 30 分未満      | 2,560 円/回 | 256 円/回 |
|                        | 1 時間未満      | 4,040 円/回 | 404 円/回 |
|                        | 1 時間 30 分未満 | 5,870 円/回 | 587 円/回 |
|                        | 2 時間未満      | 6,690 円/回 | 669 円/回 |
|                        | 2 時間 30 分未満 | 7,540 円/回 | 754 円/回 |
|                        | 3 時間未満      | 8,370 円/回 | 837 円/回 |
|                        | 3 時間以上      | 9,210 円/回 | 921 円/回 |
|                        | 以後 30 分増すごと | 830 円     | 83 円    |

|                          | 利用時間        | 基本料金      | 自己負担額   |
|--------------------------|-------------|-----------|---------|
| 通院等介助<br>* 身体介護を<br>伴わない | 30 分未満      | 1,060 円/回 | 106 円/回 |
|                          | 1 時間未満      | 1,970 円/回 | 197 円/回 |
|                          | 1 時間 30 分未満 | 2,750 円/回 | 275 円/回 |
|                          | 2 時間未満      | 3,450 円/回 | 345 円/回 |
|                          | 以後 30 分増すごと | 690 円     | 69 円    |

|      | 利用時間        | 基本料金      | 自己負担額   |
|------|-------------|-----------|---------|
| 身体介護 | 30 分未満      | 2,560 円/回 | 256 円/回 |
|      | 1 時間未満      | 4,040 円/回 | 404 円/回 |
|      | 1 時間 30 分未満 | 5,870 円/回 | 587 円/回 |
|      | 2 時間未満      | 6,690 円/回 | 669 円/回 |
|      | 2 時間 30 分未満 | 7,540 円/回 | 754 円/回 |
|      | 3 時間未満      | 8,370 円/回 | 837 円/回 |
|      | 3 時間以上      | 9,210 円/回 | 921 円/回 |
|      | 以後 30 分増すごと | 830 円     | 83 円    |

|      | 利用時間        | 基本料金      | 自己負担額   |
|------|-------------|-----------|---------|
| 同行援護 | 30 分未満      | 1,910 円/回 | 191 円/回 |
|      | 1 時間未満      | 3,020 円/回 | 302 円/回 |
|      | 1 時間 30 分未満 | 4,360 円/回 | 436 円/回 |
|      | 2 時間未満      | 5,010 円/回 | 501 円/回 |
|      | 2 時間 30 分未満 | 5,660 円/回 | 566 円/回 |
|      | 3 時間未満      | 6,320 円/回 | 632 円/回 |
|      | 3 時間以上      | 6,970 円/回 | 697 円/回 |
|      | 以後 30 分増すごと | 660 円     | 66 円    |

|                                  |                                                                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 二人で訪問した場合                        | 1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合で、利用者の合意のもと、2 人のヘルパーでサービスを行う場合は、2 倍の負担額をいただきます。 |
| 早朝（6:00～8:00）<br>夜間（18:00～20:00） | 上記の金額に、25%加算します。                                                        |
| キャンセル料                           | 無料                                                                      |
| 交通費                              | 無料（矢巾町・紫波町・玉山地区を除く盛岡市）                                                  |
| その他                              | 利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は、利用者のご負担になります。                   |

|                 |                                                                  |              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|--------------|
| 初回加算            | 新規利用にあたり居宅介護計画書を作成し、サービス提供責任者の訪問があった場合。<br>*二ヶ月休止後に訪問が再開される場合も同様 | 200 円/月      |
| 上限管理加算          | 利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合。                                            | 150 円/月      |
| 緊急時対応加算         | 計画に予定されている以外で、緊急に訪問を希望された場合。<br>*身体介護の場合のみ                       | 100 円/回      |
| 特定事業所加算<br>Ⅱ    | 介護福祉士が 3 割以上、定期研修の実施、定期健診の実施などの要件を満たした場合。                        | 利用料金<br>10%増 |
| 喀痰吸引等<br>支援体制加算 | 喀痰吸引等を行った場合。                                                     | 100 円/日      |

※利用者の状況により利用者負担の軽減措置があり、上限額が決められています。

※介護報酬の福祉・介護職員処遇改善加算は、月額の基本報酬及び各種加算の合計に加算（41.7%）となります。

※印の加算については、支給限度額管理の対象外となります。

## 10. 料金のお支払い方法

当月分の請求書は、翌月の 10 日以降にお渡しいたしますので、末日までに

- (1) 利用者指定口座からの引き落とし (2) 指定振込用紙による振込み
- (3) 現金 のいずれかの方法でお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。

## 11. サービス内容に関する苦情・相談窓口

相談苦情があった場合、担当者は利用者の状況を詳細に把握するように努め、従業者とともに検討を行い、対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず結果を報告します。

### <当事業所利用者苦情・相談窓口>

電話番号：019-698-1385  
担 当 者：朝日田 由姫恵  
受付時間：月～金曜日 8：30～17：30

・当事業所以外の相談窓口

|                          | 対応窓口                  | 担当者             | 連絡先                                  | 対応時間                |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 矢巾町                   | 福祉課<br>福祉係      | TEL 019-611-2822<br>FAX 019-698-1214 | 午前 8:30～<br>午後 5:15 |
| <input type="checkbox"/> | 紫波町                   | 福祉課<br>福祉推進室    | TEL 019-672-6864<br>FAX 019-672-2311 | 午前 8:30～<br>午後 5:15 |
| <input type="checkbox"/> | 盛岡市                   | 保健福祉部<br>障がい福祉課 | TEL 019-626-7508<br>FAX 019-622-6211 | 午前 8:30～<br>午後 5:15 |
| <input type="checkbox"/> | 岩手県福祉サービス<br>運営適正化委員会 |                 | TEL 019-637-8871<br>FAX 019-637-9612 | 午前 8:30～<br>午後 5:00 |

## 12. 緊急時の対応

利用者の症状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、必要に応じて、利用者及びその家族が指定する、下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

|                   |       |  |
|-------------------|-------|--|
| 緊急時<br>家族等<br>連絡先 | 氏 名   |  |
|                   | 連絡先   |  |
|                   | 氏 名   |  |
|                   | 連絡先   |  |
| 主治医               | 医療機関名 |  |
|                   | 氏 名   |  |
|                   | 連絡先   |  |

## 13. 事故発生時の対応

- ・サービスの提供中に事故が生じた場合は、速やかに利用者のご家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ・サービスの提供に伴って、事業者の帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。

#### 14. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定を行います。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制の整備をしています。
- (4) 従業者に対し、虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

#### 15. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 16. 個人情報の取り扱い

当事業所では、次の利用目的で個人情報を開示いたします。

- ① 医療機関・他の事業所等の連携
- ② 審査支払機関へのレセプトの提出及び照会等の回答
- ③ 情報システム運用・保守業務の委託
- ④ 事業所内において行われる学生の実習への協力

※ 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

## 確 認 書

年    月    日

居宅介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明しました。

|     |     |                                   |
|-----|-----|-----------------------------------|
| 事業者 | 所在地 | 〒028-3614<br>岩手県紫波郡矢巾町又兵エ新田 5-335 |
|     | 名 称 | ヘルパーステーションやはば                     |
|     | 説明者 | 所属    (医療法人社団帰厚堂)<br>氏名           |

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意します。

|     |        |            |
|-----|--------|------------|
| 利用者 | 住    所 | 〒        ー |
|     | 氏    名 |            |
|     | 電話番号   |            |

|                |                                                                                                          |            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 利用者家族<br>(代理人) | <input type="checkbox"/> 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。<br><input type="checkbox"/> 私は、利用者家族（代理人）として説明を受けて確認しました。 |            |
|                | 本人との関係                                                                                                   |            |
|                | 住    所                                                                                                   | 〒        ー |
|                | 氏    名                                                                                                   |            |
|                | 電 話 番 号                                                                                                  |            |

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名し、それをもって契約開始となる