

重要事項説明書

総合支援

(居宅介護/重度訪問介護)

(2024. 7)

 **たじま医療生活協同組合**

ヘルパーステーション えがお

当事業所は、障害者総合支援法の指定（居宅介護/重度訪問介護：2814400103）を受けています。

当事業所が、あなたに対する障害福祉サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者概要

- (1) 法人名 たじま医療生活協同組合
- (2) 法人所在地 豊岡市今森465番地1
- (3) 電話番号 (0796) 24-7035
- (4) FAX (0796) 24-7010
- (5) メールアドレス info@tajima-coop.com
- (6) 代表者氏名 理事長 藤井 高雄
- (7) 設立年月日 1995年6月1日

2 事業所概要

- (1) 事業所 : ヘルパーステーション えがお
- (2) 所在地 : 豊岡市江本396番地1 サンシティエーEMOTO102号室
- (3) 事業所番号 : 2814400103
- (4) 電話番号 : 0796-24-4731
FAX : 0769-24-4733
- (5) メールアドレス : heluper@tajima-coop.com
- (6) 管理者氏名 : 西田 静香
- (7) 事業の目的

ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り健康で自立した生活を営む事ができるよう医療と介護の連携をとりながら、快適な在宅生活が、継続できる事を目的として、障害福祉サービスを提供します。

- (8) 運営方針

事業実施にあたり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図る。事業者はたじま医療生活協同組合の理念（患者の権利章典）に基づき、運営会議を設置し、事業運営上必要な事項について適時協議します。

- (9) 開設年月 : 2005年4月1日

- (10) 運営日及び営業時間

月～金曜日 8時45分～17時30分 土曜日 8時45分～12時45分

※日・祝日・年末年始（12月30日～1月3日）は原則休みです。

※電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

(11) サービス実施地域：旧豊岡市・旧城崎町・旧日高町・旧竹野町・旧出石町

(12) 事業所が行っている他の事業

訪問介護・予防訪問介護（介護保険法） 2874400365

3 当事業所の職員（訪問介護/障害サービスを提供する職員）

職種	人数	資格
管理者兼 サービス提供責任者	1名（訪問介護員 兼務）	介護福祉士
サービス提供責任者	2名（訪問介護員 兼務）	介護福祉士
訪問介護員	14名 （内女性13名男性1名）	介護福祉士（12名） ヘルパー2級（2名）

2024年4月1日現在

4 対象となるサービス内容

(1) 居宅介護

①身体介護

- 入浴介助・清拭・洗髪→入浴の介助や清拭（身体を拭く）や洗髪などを行います。
- 排泄介助→排泄の介助・オムツの交換
- 食事介助→食事の介助
- 衣類の着脱の介助→衣類の着脱の介助
- 通院介助→通院の介助
- その他、必要な身体介護を行います。

※医療行為はいたしません。

②家事援助

- 調理
- 掃除
- 洗濯
- 買い物
- その他、必要な家事援助を行います。

※ 預貯金の引き出しや、預け入れは行いません。

※ 利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の掃除は原則として行えません

(2) 重度訪問介護

重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする方に、自宅で入浴・排泄・食事の介助・外出時における移動支援などを総合的に行います。

(3) その他

必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

5 利用料金（*別紙利用料金一覧表）

(1) サービス利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。利用者は、サービスに要した費用の原則1割を事業者にお支払いいただきます。

<2人介助の場合>

利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2倍の料金をいただきます。

<利用者負担額の上限等について>

介護給付対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。

<償還払い>

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載したサービス提供証明書を発行しますので、後日このサービス提供証明書を添えて市町村に償還払い申請をして下さい。

(2) 交通費

前期2-(11)に該当する地域の方は無料です。

サービス担当地区以外の訪問1回につき事業の実施地域を超えた地点から自宅に要する実費相当額を距離に応じて以下の通りに定めます。

往復10km未満	100円	往復30km以上	400円	往復
往復10km以上20km未満	200円			
往復20km以上30km未満	300円			

(3) 利用のキャンセル

①利用予定日の前に、ご利用の都合によりサービスの利用を中止することができます。

この場合、利用予定日の前日までに事務所に申し出てください。

②当日になってサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかりますので、中止の場合は、至急ご連絡ください。

ご利用の2時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の2時間前までにご連絡がなかった場合	利用料の1割負担
ご連絡がなかった場合	

※その他の費用

① ご利用のお住まいで、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、ご利用者の負担になります。

② 自費利用について

当事業所の介護保険・自立支援のサービスをご利用中の利用者様につきましては自費サービスの利用が可能です。保険内では利用できない内容のサービスをご検討の際

は、ご相談ください。尚、通院介助時の待ち時間等も自費の対応とさせていただきます。

- ③ 記録の確認に使用する「IC タグ」は導入時には無料ですが、利用者様都合で紛失、破損があった場合、または自宅以外でご利用がある方については下記の金額を請求させていただきます。また利用者、家族様、他事業所連絡用ファイルについてはそれぞれ下記の金額を実費請求させていただきます。

IC タグ	400円	連絡ファイル	200円
-------	------	--------	------

(4) 各種加算について

- ① 初回訪問加算 200単位/月 (利用者負担 200円)
初回訪問時の一月のみ算定。
- ② 緊急時訪問介護加算 100単位/回 (利用者負担 100円)
居宅介護計画上にない、急を要する訪問を行った場合のみ算定。
- ③ 特定事業所加算 I
所定単位数の 100 分の 20 に相当する単位数で請求させていただきます。
- ④ 夜間・早朝加算 利用単位数に 2.5% を乗じた単位
- ⑤ 深夜加算 利用単位数に 5.0% を乗じた単位
- ⑥ 居宅介護福祉・介護職員等処遇改善加算 (I) 利用単位数に 41.7% を乗じた単位
- ⑦ 重度訪問介護福祉・介護職員等処遇改善加算 (I) 利用単位数に 34.3% を乗じた単位
- *③は利用料金毎に加算され、⑥⑦については③を加算された利用料金に加算されます。

6 サービス提供にあたって

- (1) 受給者証の確認
- (2) サービス提供に先立って、障害受給者証に記載された内容を確認させていただきます。
受給者証の更新や、住所等に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。
記録の保管について
- (3) サービス実施記録の確認
当事業所では、サービス実施毎に、実施日・サービス内容などを記録し、利用者
にその内容をご確認して頂きます。その際、お手数ではございますが、毎回確認印
のご準備をお願い致します。
*2022年5月より ICT によるサービス実施記録に変更させていただきます。その際ご
利用者ごとに IC チップ (訪問確認用) をご自宅に配置させていただきますのでご了
承ください。
- (4) 記録や情報の管理、開示
当事業所では、サービス提供の記録について、本人及び家族に限り、記録の閲覧が出来る
様、5年間保管いたします。
- (5) 訪問介護員の禁止行為
訪問介護員は、サービスの提供にあたり、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
- ③ 利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 金銭の貸借、管理
- ⑤ 飲酒、喫煙
- ⑥ 利用者もしくはその家族などに対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑦ その他の利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為
- ⑧ 利用者もしくはその家族が運転する車への同乗

(6) 虐待防止に関して

利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定及び設置（管理者）
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 虐待防止のための定期的な研修の実施
- ⑤ 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します。

(7) サービス利用にあたっての禁止事項（利用者・訪問介護員）

- ① 暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- ③ サービス利用中の写真や動画撮影、録音などを無断でSNSなどに掲載すること

(8) 損害保険の加入について

当事業所は、万が一の事故発生に備えて、共栄火災海上保険株式会社の損害賠償責任保険に加入しています

(9) 料金の支払い方法

- ① お支払い方法は、口座自動引き落としを原則としています。
利用月の翌月の20日もしくは27日に口座から引き落としされます。
- ② 利用月の翌月の15日前後までに、利用料金の請求書を担当ヘルパーが訪問時にお持ちします。
- ③ 領収書は、翌月の請求書とまとめてお持ちさせていただきます。

(10) 利用料の滞納

契約書第4条 2項、3項、4項による取扱を行うものとします。

7 災害時などによるサービスの変更・中止について

天候不順（降雪。台風など）または災害、感染症などによりサービスの実施、継続が困難な場合は訪問を中止、または変更させていただくことがあります。

その場合は、利用者及びその家族などに対してサービス利用上の不利益が生じないよう関係機関とも連携を図るなどの措置を講じます。

8 個人情報の取扱いについて

利用者及び家族の情報については次の記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することとし、同意を得ない限り用いません。

(1) 使用目的

事業者が障害者総合支援法に関する法令に従い、サービス利用計画に基づき障害福祉サービスなどを円滑に実施するために必要な場合に使用します。

(2) 使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないように細心の注意を払うこととします。

② 事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記録しておきます。

(3) 個人情報の内容(例示)

① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況など、事業者がサービスなどをおこなうために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

② その他の情報

(4) 使用する期間

契約締結日から契約終了までとします。

9 サービスの終了

(1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合。

サービス終了を希望する1週間以上前までにお申し出ください。

(2) 事業者は、利用者の著しい不信行為によるサービス提供の継続が困難になった場合はその理由を記載した文章によりサービスを終了させていただきます。

(3) 契約書第7条による取扱いを行うものとする。

10 苦情申請・会計担当窓口

① お客様相談・苦情窓口

② 会計担当窓口

担当者	西田 静香	担当者	瀬渡 亜由美
電話番号	0796-24-4731	電話番号	0796-24-7035
FAX	0796-24-4733	FAX	0796-24-7010
受付日	営業日 2-(10)に記載	受付日	営業日 2-(10)に記載
受付時間	営業時間	受付時間	営業時間

② その他

当事業所以外に、お住まいの市町村に苦情を伝えることができます。

兵庫県但馬県民局 豊岡健康福祉事務所 監査・福祉課 豊岡市幸町 7番11号 (0796) 26-3653
兵庫県社会福祉協議会 兵庫県福祉サービス運営適正化委員会 神戸市中央区坂口通 2-1-1 (兵庫県福祉センター内) 078-242-6868

1.1 サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題などについて、第三者の観点から評価をおこなっています。

実施の有無	有
実施した直近の年月日	2018年3月26日
第三者評価機関名	虹の会ヘルパーステーションさくら
評価結果の開示状況	WAMNET

1.2 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。

主治医	病院名	
	電話番号	
ご家族等	① 氏名	続柄 ()
	電話番号	
	対応可能時間	時 ~ 時 ・ 常時
	② 氏名	続柄 ()
	電話番号	
	対応可能時間	時 ~ 時 ・ 常時

1.3 重要事項説明書の内容変更について

当事業所において、重要事項説明書の内容変更等ございましたら、速やかに文書にて変更内容を明記し配布いたします。

サービスの提供開始にあたり、ご利用者及びその代理人に対し本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

時 間： _____ 時 _____ 分 場 所 _____

【事 業 所】

事業所所在地： 豊岡市江本 396-1 102

名 称： たじま医療生活協同組合

_____ ヘルパーステーション えがお 印

説明者氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

上記内容の説明を事業者から受けました。

【利 用 者】

住所 _____

氏名 _____

【利用者代理人】

住所 _____

氏名 _____

(続柄 _____)