

重要事項説明書

(老人居宅介護等事業)

(総則) 本重要事項説明書は、平成 29 年 4 月 1 日に作成したものであり、法令等の変更、運営上での変更等により、相当な範囲で変更をすることがあります。

また、原則として、毎年 4 月 1 日に改訂をするものとさせていただきます。

あなた様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、当事業者があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

また、契約書にある身元引受人の資格・責務については、下記のとおりとなっておりますので、十分ご理解下さいますようお願い致します。

1 身元引受人の指定と身元引受人の責任

- ① 契約者又は契約者の親族の方は、契約書を締結される場合、事業者に対して身元引受人を 1 名指定して頂きます。
- ② 身元引受人とは、その居住地から事業所の所在地まで、原則 3 時間以内で移動できる人に限らせて頂きます。
- ③ 事業者は、身元引受人との関係で、相互信頼関係が破壊されたと認めるに足る事情が生じた場合には、契約者又は契約者の親族の方に対し、身元引受人の変更を要求することができるものとさせていただきます。
- ④ 身元引受人とは、契約者の事業者に対する一切の債務につき、契約者と連帯して履行の責任を負うものとします。
- ⑤ 身元引受人は、契約者が当施設の医師によって意思能力を欠くと判断された場合には、契約者の事業者に対する同意権の行使・不行使及び契約者のためにすべき事務処理手続きについて、包括的な代理権を有するものとさせていただきます。

2 事業者概要

事業者の名称	社会福祉法人 豊生会
事務所の所在地	奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1
介護保険事業所番号	2972300012
代表者氏名	理事長 森 下 豊
電話番号	0745-82-8111

3 ご利用事業所

利用事業所の名称	ホームヘルパーステーション ゆあほうむ榛原
所在地	奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1
管理者の氏名	施設長 玉利 佳代子
電話番号	0745-82-8111

ファクシミリ番号	0745-82-8855
通常事業の実施地域	宇陀市榛原

4 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		奈良県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	事業所番号	
施設	特別養護老人ホーム(従来型)	11年8月4日	2972300012	54人
	特別養護老人ホーム(ユニット型)	26年4月1日	2972300012	30人
居宅	通所介護	11年8月4日	2972300012	45人
	短期入所生活介護	11年8月4日	2972300012	16人
	訪問介護	11年11月30日	2972300012	—
居宅介護支援事業		11年8月4日	2972300012	—

5 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問介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、要介護状態等にある高齢者に対して適正な訪問介護を提供することを目的としています。
運営の方針	ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができよう、入浴、排拙、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行わせて頂きます。

6 ご利用事業所の職員体制

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	備 考
管 理 者	1		1	1	特別養護老人ホームと兼務
サービス提供責任者	1				訪問介護員と兼務
訪 問 介 護 員	1	3以上	2.5以上	2.5以上	
介 護 福 祉 士	1				
訪問介護養成研修 1級課程修了者					
訪問介護養成研修 2級課程修了者		3以上			

7 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から日曜日（12月30日～1月3日までを除く）
営業時間	午前9時 ～ 午後6時

8 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

①身体介護

- ・ 入浴介助 …入浴の介助・見守り又は、入浴が困難な方は清拭等を行わせて頂きます。
- ・ 排泄介助 …ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行わせて頂きます。おむつを使用されている場合は、おむつ交換をさせていただきます。
- ・ 食事介助 …ご利用者の食事の介助をさせていただきます。
- ・ 体位変換 …寝返りが打てない場合等、体位変換をさせていただきます。
- ・ 通院介助 …通院の付添い介助を行わせて頂きます。※
- ・ 買い物介助 …買い物の付添い介助を行わせて頂きます。※

(※事業所の車両使用は不可)

②生活援助

- ・ 調理 …ご利用者の食事の用意をさせていただきます。
(ご家族様分の調理は行いません)
- ・ 洗濯 …ご利用者の衣類等の洗濯を行わせて頂きます。
(ご家族様分の洗濯は行いません)
- ・ 掃除 …ご利用者の居室の掃除を行わせて頂きます。
(ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません)
- ・ 買い物 …ご利用者の日常生活に必要となる物品の買い物を行わせて頂きます。
(預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません)

(2) 介護保険給付外サービス

介護保険給付の支給限度を超えてサービスをご利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

9 利用料金(1 単位当たり 10.21 円)

(1) 介護保険給付サービス

自己負担額は原則 1 割又は 2 割

① 介護給付

	サービスに要する時間	20 分以上 45 分未満	45 分以上	—
生活 援 助	基本単位	183 単位	225 単位	
	特定事業所加算Ⅱ	+10%	+10%	
	利 用 料 金	201 単位	248 単位	—

	サービスに要する時間	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間半未満
身体介護	基本単位	245 単位	388 単位	564 単位
	特定事業所加算Ⅱ	+10%	+10%	+10%
	利 用 料 金	270 単位	427 単位	620 単位

事業所と同一建物の利用者

	サービスに要する時間	20 分以上 45 分未満	45 分以上	—
生活援助	基本単位	165 単位	203 単位	
	特定事業所加算Ⅱ	+10%	+10%	
	利 用 料 金	182 単位	223 単位	—
	サービスに要する時間	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間半未満
身体介護	基本単位	221 単位	349 単位	508 単位
	特定事業所加算Ⅱ	+10%	+10%	+10%
	利 用 料 金	243 単位	384 単位	559 単位

身体介護を実施後、引き続き 20 分以上の生活援助を実施した場合は、身体介護の費用に 25 分増すごとに、74 単位(特定事業所加算Ⅱ+10%を含む)を加算する。

※1 ヶ月利用料金に介護職員処遇改善加算(Ⅰ)13.7%が加算されます。

初回加算 200 単位/月

② 宇陀市介護予防日常生活支援総合事業第 1 号事業サービス

	介護予防訪問型(Ⅰ)	介護予防訪問型(Ⅱ)	介護予防訪問型(Ⅲ)
	週 1 回程度	週 2 回程度	週 3 回程度
生活援助型	225 単位(1 回) ※生活援助のみの上限、月 5 回まで	225 単位(1 回) ※生活援助のみの上限、月 10 回まで	225 単位(1 回) ※生活援助のみの上限、月 15 回まで
身体介護型	266 単位(1 回) ※身体介護のみの上限、月 4 回まで	270 単位(1 回) ※身体介護のみの上限、月 8 回まで	285 単位(1 回) ※身体介護のみの上限、月 12 回まで
生活援助及び身体介護の組み合わせで、上限額を越えた場合	1,168 単位 (1 ヶ月)	2,335 単位 (1 ヶ月)	3,704 単位 (1 ヶ月)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	160 単位(1 ヶ月)	320 単位(1 ヶ月)	507 単位(1 ヶ月)

初回加算 200 単位/月

(2) 介護保険給付外サービス

上記 (1) の利用料金全額をご負担頂きます。

10 交通費実費

ご利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。通常の事業実施区域を超えた地点からの片道距離 (1k 単位) × 50 円

11 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いについては、1 ヶ月毎に計算し、翌月の 15 日までにご請求させていただきます。原則として、南都銀行の通帳引落になりますので、翌月の 19 日までに、登録したお通帳にご入金をお願い申し上げます。

尚、通帳引落がどうしても不可能な場合は、担当のヘルパーが訪問の際、現金にてお支払い頂ければ結構です。

12 利用の中止、変更、追加

- (1) ご利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施の前日までに事業者申し出て下さい。
- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料 午後 6 時までにご連絡をお願い致します
ご 利 用 日 当 日	当日の利用料金の 1 割 (自己負担相当額)

13 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	担 当 者 サービス提供責任者 ご利用時間 平日 午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法 電話 0745-82-8111 面接 ゆあほうむ 榛原相談室等
行政機関その他 苦情受付機関	(1) 宇陀市役所 介護福祉課 宇陀市榛原下井足 17-3 0745-82-3675 (2) 奈良県国民健康保険団体連合会 橿原市大久保町 302-1 0744-21-6822

14 緊急時の対応方法

ご利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
協 力 医 療 機 関	医療機関の名称	医療法人 豊生会 加藤クリニック
	院 長 名	院長 加 藤 久 和
	所 在 地	奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 2
	電 話 番 号	0745－82－8880
	診 療 科	内科一般(在宅医療)
	入 院 設 備	無
	救急指定の有無	無
	契 約 の 概 要	ゆあほうむ榛原嘱託医
	施設基準の届出	在宅療養支援診療所(24 時間対応)
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼 間 の 連 絡 先	
	夜 間 の 連 絡 先	

15 事故発生時の対応

事故発生時には奈良県宇陀市等関係機関及び契約者の家族又は契約者の関係者にすみやかに連絡し、必要な対応や処置をする。

平成 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、□甲 1、□甲 2 に対して
本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

所在地 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1

名 称 ホームヘルパーステーション ゆあほうむ榛原

説明者職名_____

氏名_____印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要な事項の説明を受けました。
私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲 1) 利 用 者 住所_____

(代筆の場合はカッコ書)

氏名_____印

(甲 2) 利用者の家族等 住所_____

氏名_____印

続柄_____