

契約書別紙

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

重 要 事 項 説 明 書

< 年 月 日現在 >

---

様

株式会社ひとてまケア盛岡

ヘルパーステーションひとてまケア

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

## 1 事業者（法人）の概要

名 称	株式会社ひとてまケア盛岡
所 在 地	〒020-0823 岩手県盛岡市門 1-20-15
電 話 番 号	019-618-6601
代 表 者 名	代表取締役 板垣 園子

## 2 事業所の概要

事業所名称	ヘルパーステーションひとてまケア
事業者番号	0370108011
所 在 地	〒020-0823 岩手県盛岡市門 2-1-48
電 話 番 号	019-613-4656
事業実施地域	盛岡市（玉山地域を除く）、矢巾町、紫波町、滝沢市
事業所が行っている他の業務	指定訪問介護事業所・指定身体障害者居宅介護

## 3 事業所の職員体制

	職務内容	人員（人）
管 理 者	労務、業務管理等	人（兼務）
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	計画作成、サービス調整等	人（兼務）
サ ー ビ ス 提 供 者	訪問介護	人
事 務 職 員	経理事務等	人（兼務）

## 4 事業の目的

事業の目的	事業の実施にあたり、介護保険法などの関係法令に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことのできるよう、必要なサービスその他の便宜を提供することにより、利用者の日常生活の便宜及び介護する方の負担の軽減を図ります。
-------	---

## 5 サービス提供時間

営 業 日	月曜日から土曜日（祝祭日を含む） ※1月1日は休業です。
営 業 時 間	午前8時から午後6時

## 6 サービスの内容

サービスの種類	具体的な内容の例
身 体 介 護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自力での食事摂取が不自由な方への食事介助と見守り</li> <li>・自宅での入浴に際して、介助又は見守りが必要な方への入浴介助</li> <li>・トイレでの排泄介助や排泄用具使用の排泄介助、おむつ交換などの排泄介助</li> <li>・ベッド上での体位変換</li> <li>・一包化した薬の開封、水の準備、服薬の確認などの服薬介助や見守り、点眼や軟膏塗布の介助や見守り</li> <li>・利用者移動時の見守りや介助、椅子や車いす、ベッドへの移乗の際の見守りや介助</li> <li>・通院の際の同行介助</li> <li>・訪問時の利用者の見守り 等</li> </ul>
生 活 援 助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅から1番近いスーパーやドラッグストアでの生活必需品の買い物代行 ※嗜好品（酒・たばこ等）や雑誌、衣類、家電、家具等の大型商品等は購入不可です。</li> <li>・居室、台所、寝室、トイレ、浴室等本人の生活範囲の掃除の代行 ※窓ふき、庭の草取り、除雪、大掃除は対応不可です。</li> <li>・本人の衣類、下着、シーツ、タオルなどの洗濯の代行</li> <li>・本人の寝具類のシーツやカバーの交換</li> <li>・本人が召し上がる食事の調理、配膳、下膳、調理器具の後片付け等</li> </ul>
生活上の相談・援助	訪問の際、随時お受けします。

## 7 サービスの利用にかかる留意事項

サービス内容の留意事項	<p>訪問介護員はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①医療行為（法で認められた、痰の吸引・経管栄養を除く）</li> <li>②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり（生活援助として行う買い物などに伴う少額の金銭の取り扱いは可能です）</li> <li>③利用者又は家族からの金銭、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提供</li> <li>⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）</li> </ul>
-------------	--

	<p>⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食</p> <p>⑦身体的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得ない場合を除く)</p> <p>⑧その他利用者又は家族等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</p>
サービス利用の変更	<p>①利用者の都合によりサービスの利用を中止または変更を希望する場合は、利用予定日の前日までに事業所または担当の地域包括支援センターにお申し出ください。</p> <p>②状況に応じて、サービスを追加することも可能です。その場合は、担当の地域包括支援センターに連絡し、必要な調整を行います。</p> <p>※ご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。</p>

## 8 サービスについての相談窓口及び緊急時の連絡先

電話 019-613-4656

対応可能時間 月～金曜日 9:00～17:00

サービス提供責任者 (ふりがな )

## 9 利用料金

料金表（第1号訪問事業：介護予防訪問介護相当サービス）

サービスを利用した場合の基準料金は以下のとおりで、お支払いいただく「利用者負担金」は

原則として負担割合証に記入されている割合の負担になります。 ※以下は1割負担で提示

サービス名称	サービス内容	基本料金	利用者負担
訪問型独自サービス 11 (1月につき)	1週当たりの標準的な回数を定める場合であり、1週に1回程度のサービス利用の場合	11,760円/月	1,176円/月
訪問型独自サービス 12 (1月につき)	1週当たりの標準的な回数を定める場合であり、1週に2回程度のサービス利用の場合	23,490円/月	2,349円/月
訪問型独自サービス 13 (1月につき)	1週当たりの標準的な回数を定める場合であり、1週に2回を超える程度のサービス利用の場合	37,270円/月	3,727円/月
訪問型独自サービス 21 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合であり、標準的な内容の訪問型サービス	2,870円/回	287円/回
訪問型独自サービス 22 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合であり、生活援助中心（20分以上45分未満）	1,790円/回	179円/回
訪問型独自サービス 23 (1回につき)	1月当たりの回数を定める場合であり、生活援助中心（45分以上）	2,200円/回	220円/回
訪問型独自 短時間サービス	1月当たりの回数を定める場合であり、短時間の身体介護が中心	1,630円/回	163円/回

※上記の基本料金は、盛岡市、紫波町、矢巾町、滝沢市で定める金額であり、これが改訂された場合は、基本料金も自動的に改定されます。

※介護保険の支給限度基準額を超過したご利用分は、全額ご利用者様負担となります。

【加算・減算部分】

加算の種類	加算の要件	単位数	算定
初回加算	新規に訪問介護計画書を作成した場合	(1月) + 200単位	
生活向上連携加算 (I)	算定要件を満たし、理学療法士等と連携し訪問介護計画書を作成した場合	1月につき + 100単位	
生活向上連携加算 (II)	算定要件を満たし、理学療法士等と一緒に訪問し評価後、訪問介護計画書を作成した場合	1月につき + 200単位	
口腔連携強化加算	算定要件を満たし、口腔内の健康状態の評価を実施した場合	1回につき + 50単位	
介護職員等処遇改善加算 (I)		1月につき + 所定単位数 × 245/1,000	
介護職員等処遇改善加算 (II)		1月につき + 所定単位数 × 224/1,000	
介護職員等処遇改善加算 (III)		1月につき + 所定単位数 × 182/1,000	
介護職員等処遇改善加算 (IV)		1月につき + 所定単位数 × 145/1,000	

## 10 料金の支払い方法

当月分の請求書は、翌月 15 日までにお渡しいたしますので、末日までにお支払いください。

入金確認後、領収書を発行いたします。

### <利用料・利用者負担額>

<p>ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
<p>ア 内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）事業者指定口座への振り込み</p> <p>（イ）利用者指定口座からの自動振替</p> <p>（ウ）現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）</p>

<その他の費用>

① 交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求いたします。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡の場合	1提供当たりの料金の50%を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供当たりの料金の100%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。	
④ 通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費	実費相当を請求いたします。	
⑤ 通院・外出介助において訪問介護員が自家用車で移動（同行）した場合の交通費	1 km あたり 30 円を請求いたします。	

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 11 事業所の特色

運 営 方 針	利用者の特性を踏まえて、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事の介助、法に基づく医療的ケア、その他の生活全般にわたる援助を行います。	
サービスの質の担保	訪問介護員のサービスの質の向上と担保を目的として、サービス提供時にウェブカメラまたは同等の通信機能を持つ機器（スマートフォン等）を使用し、訪問介護員の知識・技術の確認を適宜実施します。	
職員の研修体系	利用者の自立支援と生活の充実を図るため、訪問介護員の専門性の向上及び地域の多職種との連携構築に向け、右記研修事業の開催、研修事業への参加に取り組んでいます。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員等医療的ケア研修の開催（第1・2・3号）</li> <li>・医療的ケア教員講習会の開催</li> <li>・地域公開講座の開催</li> <li>・採用時研修他、社内研修の開催</li> <li>・ホームヘルパー研修への参加</li> </ul>

## 12 サービス内容に関する苦情・相談窓口

当事業所苦情・相談窓口	電話：019-613-4656 苦情受付担当者：管理者 高橋 範代（たかはし のりよ） 苦情解決責任者：代表取締役 板垣 園子（いたがき そのこ） 受付時間：月～土曜日 9：00～17：00
-------------	--

	対応窓口	担当者	電話番号
<input type="checkbox"/>	盛岡市	保健福祉部 介護保険課	019-626-7581
<input type="checkbox"/>	矢巾町	健康長寿課 長寿支援係	019-611-2833
<input type="checkbox"/>	紫波町	長寿介護課 介護保険係	019-672-2111
<input type="checkbox"/>	滝沢市	健康福祉部 高齢者支援課	019-656-6521
<input type="checkbox"/>	岩手県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口		019-604-6700

## 13 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な処置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

家 族 等 緊 急 時 連 絡 先	①	氏名（ふりがな）	（続柄）
		電話番号	
	②	氏名（ふりがな）	（続柄）
		電話番号	

主 治 医	医療機関名（科名）	
	氏名	
	電話番号	

## 14 事故発生時の対応

サービスの提供によって、事故が生じた場合は、市町村、利用者の家族、利用者にかかる居宅介護支援事業所又は、担当の地域包括支援センターに連絡を行うとともに必要な処置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。事業所は下記保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
保険名	ウォームハート
補償の概要	施設賠償補償、生産物賠償補償、居宅サービス事業者等補償

## 15 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために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しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。（通報する義務があります）

## 16 身体拘束の禁止

事業者は、利用者等の身体拘束の禁止のために必要な措置を講じます。

- (1) 当該利用者または他の利用者など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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由（以下「身体拘束などの態様等」という）を記録します。

(3) 身体拘束等を行う場合には、事前に当該利用者またはその家族等に身体拘束などの態様等を説明します。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合はこの限りではありません。

(4) 前項ただし書きの規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体拘束等を行った後速やかに、当該利用者またはその家族等に身体拘束などの態様等を説明します。

## 17 個人情報の取扱い

利用者及びその家族に関する秘密の保持	<p>ア 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> <p>オ ア～エを厳守する事を前提とし、当事業者のサービスの質の担保として同意頂いた利用者に関し、サービス提供時にウェブカメラ、又は同等の通信機能を持つ機器（スマートフォン等）を使用します。</p>
個人情報の開示	<p>事業者は、利用者から予め文書で同意を得て、次の利用目的で個人情報を開示します。</p> <p>ア サービス提供にかかる医療機関及び他事業所等との連携</p> <p>イ 審査支払機関へのレセプトの提出及び照会等の回答</p> <p>ウ 情報システムの運用・保守業務の委託</p>

	<p>エ 事業所内において行われる学生の実習への協力</p> <p>オ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	--

## 18 サービス提供の記録

- (1) サービスの実施ごとに、利用者によるサービスの提供日及び時間の確認を受けることとします。
- (2) サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して、保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## 19 衛生管理等

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 20 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価を実施した場合、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評示状況等を明確にし、事務所で確認、もしくは閲覧できるようにいたします。

### 【実施状況】

実施の有無                      無

# 確 認 書

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（介護予防訪問介護相当サービス）提供開始にあたり、利用者に対し契約書及び本書に基いて重要な事項を説明しました。

事業所名	ヘルパーステーションひとてまケア
事業所番号	0370108011
電話番号	019-613-4656
説明者氏名	印

私は、契約書及び本書面により事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（介護予防訪問介護相当サービス）についての重要事項の説明を受け、サービス提供と利用者本人および家族の個人情報の利用について同意します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

電 話

（利用者家族）

住 所

氏 名

印

電 話

(署名代行者、立会人、または代理人) ※該当する役割いずれかにチェックを記入

署名代行者

私は、利用者が契約の内容を理解し、契約を締結する意思があることを確認し、  
身体の障がい、または高齢により筆記困難な利用者に代わって上記署名を行いました。

立会人

私は、契約締結の場に立ち会い、利用者が契約の内容を理解し、契約を締結する意思があることを確認しました。

※利用者本人だけでは契約締結に不安がある場合に使用

代理人

私は、利用者の【成年後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人 ・ 任意後見人】として、  
利用者に代わって、本契約を締結します。

住 所

氏 名 印

電 話

本人との関係

(事業者)

事 業 者 住所 岩手県盛岡市門 1-20-15

事業者 株式会社ひとてまケア盛岡

代表者名 代表取締役 板垣 園子 印

※本重要事項説明書と同時に「契約書」の署名・押印をもって契約開始となります。