

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、厚生労働省令の規定に基づき、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	株式会社 ハピネス
主たる事務所の所在地	〒674-0074 明石市魚住町清水431番地の2の201号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 島崎 ミエ子
設立年月日	平成18年12月6日
電話番号	078-944-6461

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護 わかば	
サービスの種類	訪問介護	
事業所の所在地	〒674-0074 明石市魚住町清水431番地の2の201号	
電話番号	078-944-6461	
指定年月日・事業所番号	令和3年4月1日指定	2872005398
管理者の氏名	島崎 ミエ子	
通常の事業の実施地域	明石市・神戸市西区・播磨町・稲美町・加古川市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護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等、適切なサービスの提供に努めます。

4. 営業日時

営業日	月曜日～金曜日 但し、1月1日から3日は休業とする
営業時間	午前9時00分から午後5時00分までとする。
サービス提供時間	午前7時から午後8時までとする。

※上記以外の日程及び時間の訪問介護サービスはご相談の上実施いたします。

5. 提供するサービスの内容

以下のサービスの金額は法定介護報酬によります。詳しい金額につきましては、次項・料金表をご確認ください。

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。

身体介護	【契約者に対する身体介護を行います】 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。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助
生活援助	【契約者に対する生活援助を行います】 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。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理

介護サービス提供に際してのお願い

- 担当の訪問介護員は訪問介護わかばが決定します。
- 契約者からの担当訪問介護員の指定はできません。訪問介護員の交代を希望の場合は交換を希望される理由を訪問介護わかばまでお知らせください。
- 訪問介護わかばの事情により訪問介護員を交替する場合がございます。
- 介護サービス提供に関する指示は、契約者の事情、意向等に十分配慮したうえで訪問介護わかばから訪問介護員に直接行います。
- 契約者以外のサービス提供はできません。また、契約者以外（家族等含む）への介護、食事の提供、家族等への衣類洗濯、契約者の居室以外の掃除等はいたしません。

- 介護サービス以外の業務（庭の掃除、故障個所の修繕、貯金の預け払い、医療行為等）はいたしません。
- 通院等、移動付き添いはタクシー・バス等の公共交通機関を利用の場合に限らせていただきます。
- 契約者および家族等からの金銭・物品の授受は一切いたしません。

6. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の利用料金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、負担割合に応じた額をご負担いただきます。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。

身体介護が中心である訪問介護	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
所要時間が20分未満の場合	1698円	169円	339円	509円
所要時間が20分以上30分未満の場合	2542円	254円	508円	762円
所要時間30分以上1時間未満の場合	4032円	403円	806円	1209円
所要時間が1時間以上1時間30分未満の場合	5908円	590円	1181円	1772円
以後所要時間30分を増すごとに 加算される	854円	85円	170円	256円

生活援助が中心である訪問介護を行った場合	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
所要時間が20分以上45分未満の場合	1865円	186円	373円	559円
所要時間が45分以上の場合	2292円	229円	458円	687円

身体介護と生活介護を行った場合	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護 所要時間20分以上30分未満 生活援助 所要時間20分以上45分未満の場合	3219円	321円	643円	965円

身体介護 所要時間 20分以上 30分未満 生活援助 所要時間 45分以上 70分未満の場合	3897円	389円	779円	1169円
身体介護 所要時間 20分以上 30分未満 生活援助 所要時間 70分以上の場合	4574円	457円	914円	1372円
身体介護 所要時間 30分以上 1時間未満 生活援助 所要時間 20分以上 45分未満の場合	4709円	470円	941円	1412円
身体介護 所要時間 30分以上 1時間未満 生活援助 所要時間 45分以上 70分未満の場合	5387円	538円	1077円	1616円
身体介護 所要時間 30分以上 1時間未満 生活援助所 所要時間 70分以上の場合	6064円	606円	1212円	1819円

加算	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
緊急時訪問介護 加算	1042円	104円	208円	312円
初回加算	2084円	208円	416円	625円

※ 上記の介護報酬額は、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、これら介護報酬額も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい介護報酬額を書面でお知らせします。

※ 端数の処理の関係により実際の請求額と若干異なることがあります

2人の訪問介護員による場合	所定単位数の100分の200×10.42（左記の1割）
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の100分の10×10.42（左記の1割）
夜間・早朝・深夜加算 夜間（18時～22時） 早朝（6時～8時） 深夜（22時～翌朝6時）	夜間・早朝 所定単位数の100分の25×10.42（左記の1割） 深夜 所定単位数の100分の50×10.42（左記の1割）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の1000分の245×10.42（左記の1割）

（2）介護保険対象外サービス

① キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前営業日の午後5時 までにご連絡をいただいた場合	無料
利用予定日の前営業日の午後5時ま でに連絡をいただかなかった場合	1,000円

② 交通費

当該地域包括支援センター内でのサービスの提供は利用料金に含まれています。

当該地域包括支援センターを超える地点から1キロメートルにつき100円を請求いたします。

③ 介護保険外のサービス

介護保険対象外の業務については、提供できません。別途保険外サービスの利用を契約下さい。

(3) 支払い方法

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、お支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、次月の請求書と一緒にお渡しいたします。

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26日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 引落としされなかった場合は翌月26日にまとめて引落としされますので指定口座に入金いただくようお願いいたします。

7. 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。

8. 秘密保持と個人の保護

利用者及びその家族に関する秘密について

事業者及び事業者が雇用する職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。この秘密を保持する義務

は契約が完了した後も継続します。

9. 個人情報の保護について

- (1) 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際についても第三者への漏洩を防止するものとします。
- (2) 事業者は、利用者の利益に返すこと以外、個人情報を用いません。
また、利用者の家族の個人情報についても同様とします。
- (3) 予め同意を得た上で下記の場合のみ、個人情報をを用いることとします。
 - ・事業者が行う管理運営業務のうち、会計・経理・事故等の報告。
 - ・当該利用者に対して、居宅サービスを提供する居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業者との連携（サービス担当者会議）及び照会への回答。
 - ・家族への心身状況の説明。
 - ・介護保険のうち、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からへの照会への回答。
 - ・損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等。
 - ・緊急時における医療機関への情報提供。
 - ・介護保険サービスの質の向上を図る為に学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合は利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守する。
- (4) 本契約により、個人情報の利用に同意したものとする。

10. 賠償保険への加入

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

三井住友海上火災保険株式会社 損害保障制度

11. 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 078-944-6461 窓口担当者 サービス提供責任者 栗山 まや 窓口開設時間 8:00～17:00 相談方法 ケースに応じて対応
---------	---

- (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	明石市役所 高齢者総合支援室	電話番号 078-918-5091
	明石市福祉局福祉施設安全課	電話番号 078-918-5279
	兵庫県健康福祉部 高齢政策課	電話番号 078-341-6470
	兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5601

Ⅱ 2. ハラスメントについて

事業所は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員の就業環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとします。

(2) ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった訪問介護員の心身に悪影響を与えます。下記のような行為が行われた場合、介護サービスの提供を停止させて頂く場合があります。

- ① 性的な話をする、必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為
- ② 特定のヘルパーに嫌がらせをする、理不尽なサービス要求する等の精神的暴力
- ③ 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④ 長時間の電話、ヘルパーや事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の行為

Ⅲ 3. 虐待の防止について 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲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しています。

虐待防止に関する責任者 管理者兼サービス提供責任者 島崎 ミエ子

(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、市町村に通報します。

Ⅳ 4. 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。

(3) 事業所において感染症が発生、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年に 2 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的実施します。

Ⅴ 5. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. サービス利用にあたっての留意事項

- (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、あらかじめご了承ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - 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します。
 - ③ 体調管理や容態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、出来る限り早めに担当の介護支援専門員、又は当事業所へご連絡ください。

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、事前打ち合わせにより主治医、緊急隊、親族、居宅介護支援事業所への連絡をいたします。

改定について

この重要事項説明書を改定する場合、軽微な事項及び法改定に伴う事項については通知をもって同意をいただいたものとします。ただし、変更事項に同意できない場合は契約を解除できるものとします。

主治医	主治医氏名	
	電話番号	
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

事業者は、利用者の申込みを受託し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。また、本書面に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

私は、事業者より上記の契約内容及び重要事項について説明を受け同意しました。
また10条に定める利用者の個人情報の使用についても同意いたします。

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者（又は法定代理人）

氏 名 _____ 印 _____