

訪問介護重要事項説明書

岩砂訪問介護センター長良は岐阜市の介護保険の指定を受けています

当センターの概要や提供できるサービスの内容など、契約上注意して いただきたいことを次の通り説明いたします。

1. 岩砂訪問介護センター長良の概要

当センターの事業所名及びサービス提供地域

事業所名	岩砂訪問介護センター長良
指定事業所番号	2110105356
所在地	岐阜市長良2977番地の3の1
電話番号	(058) 297-4710

サービス提供地域 岐阜市 山県市 (但し、センターより片道30分以内)

2. 事業の目的

要介護状態の高齢者等に対して、適正な指定訪問介護を提供する。

3. 運営の方針

要介護者の身体の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。

4. 職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として以下の職員配置をしています。

職種	資格など	常勤	非常勤	合計	業務の内容
管理者 (サービス提供責任者を兼務)	介護福祉士	1名	/	1名	介護従事及び業務の運営管理
サービス提供責任者	介護福祉士	1名	/	1名	サービス調整・技術指導・介護従事
介護従事者	介護福祉士	1名	7名	8名	入浴・排泄・食事などの生活全般にわたる援助
	訪問介護員 養成研修2級 課程修了者	/	1名	1名	

5. 営業時間

平日・土曜日	午前7時00分～午後8時00分
日曜・祝日	休業（日曜日）・年末年始（12/30～1/3）・祝日は、事業所が認める特別な利用者に限りサービス提供する。)

6. サービス内容

当事業所の概要や提供できるサービスの内容、契約上注意していただきたいこと等を次の通り説明いたします。

1. 提供するサービス

つぎの各種サービスがあります。

具体的にどのサービスを選ぶのがふさわしいかは、後に作成する訪問介護計画（個別援助計画）の中でご相談いたします。

（1）身体介護

起床介助、就寝介助、排泄介助、衣服の着脱、身体整容、身体の清拭・洗髪、入浴介助、食事介助、体位変換、服薬介助、移乗・移動介助、通院・外出介助などを行います。

（2）生活援助

住居の清掃・整理整頓、ごみ出し、洗濯、調理、ベットメイク、衣服の整理・被服の補修、買い物、薬の受け取りなどを行います。

（3）通院等のための乗車・降車の介助（要介護者が対象）

利用者の通院等のため、タクシー等に乗車する前や降車した後の屋外での移動等の介助を行います。

※ 次のサービスは（原則として）介護保険の訪問介護サービスでは提供できません。

- × 利用者本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し
- × 主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- × 来客の応接（お茶、食事の手配など）
- × 自家用車の洗車・清掃
- × 園芸（植木の剪定など）
- × 草むしり
- × 特別な手間をかけて行う料理
- × 花木の水やり (おせち料理など)
- × ペットの世話（犬の散歩など）
- × 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- × 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスかけ
- × 室内外家屋の修理、ペンキ塗り

- ・医療行為を行うことができません。
- ・利用者のための家事、介護を行う業務なので、庭の草刈りや他の家族にかかるサービスの提供を行うことはできません。
- ・年金・通帳などの金銭の管理、あるいは金融機関などの金銭の取り扱いなどを取り扱うことはできませんが、同行（歩行やタクシーによる）の場合は利用者の依頼によりできる場合があります。
- ・利用者を車に乗せる行為はできません。
- ・介護保険法に基づき、利用者が在宅中に利用者にかかるサービスを提供するものとし、利用者不在の場合はサービスを提供することはできません。
- ・病院での付き添い提供はありません。
- ・買い物の場合はサービス提供地域内を原則とします。内容の検討によって特例の場合もあります
- ・身体拘束その他利用者の行動を制限行為（利用者または第三者等の命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

岩砂訪問介護センター長良

サービス内容説明書

当事業所が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供サービス

訪問介護サービス

次のサービスの内（ ）の（ ）種類

(身体介護)

<input type="checkbox"/> ①起床介助	<input type="checkbox"/> ⑦清拭	<input type="checkbox"/> ⑬調理	<input type="checkbox"/> ⑯その他
<input type="checkbox"/> ②就寝介助	<input type="checkbox"/> ⑧入浴介助	<input type="checkbox"/> ⑭洗濯（ ）	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ③排泄介助	<input type="checkbox"/> ⑨体位変換	<input type="checkbox"/> ⑮掃除	
<input type="checkbox"/> ④整容介助	<input type="checkbox"/> ⑩服薬管理	<input type="checkbox"/> ⑯買物	
<input type="checkbox"/> ⑤食事介助	<input type="checkbox"/> ⑪通院介助	<input type="checkbox"/> ⑰薬の受取	
<input type="checkbox"/> ⑥衣服の脱着	<input type="checkbox"/> ⑫その他（ ）	<input type="checkbox"/> ⑱衣服の入替	

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からぬ事があったら、いつでも担当職員に遠慮なく質問して下さい。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具などについては、安全、衛生に常に注意します。
- ④ また、必要時提供記録の提示ができます。

2. 担当職員の変更

当事業所は、担当の訪問介護員が病気、退職など正当な理由がある場合の外、当方の都合により担当を変更する場合があります。

※担当職員の派遣の体制について

当事業所は、担当の訪問介護員が病気、退職など正当な理由がある場合の外、一定のサービス提供の質を落とさないよう、主軸となる担当職員を中心に職員を配置する体制をとらせて頂いております。

7. 利用料

(1) 訪問介護サービスごとの利用単位および利用料・その他の費用は、別紙1の通りです。

- ① 訪問介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護保険負担割合証に基づいた割合の利用料をお支払いいただきます。
但し、介護保険法令に基づいて、保険給付ではなく償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分又は8割分の払い戻しを受ける方法）の場合は全額お支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。
生活保護世帯あるいは『訪問介護利用者負担減額認定証』を所持している利用者の方はお申し出下さい。

- ② 提供を受ける訪問介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については利用料の全額をお支払いいただきます。
 - ③ 毎月の利用料の支払方法につきましては、別途『居宅サービス契約書』の第6条（利用料のお支払い方法）をご参照下さい。
 - ④ 訪問日に前日までにキャンセルの連絡がない場合、介護保険負担割合証に基づいた割合の利用料をいただく場合があります。
 - ⑤ 通常の事業の実施地域以外の地域に居住される利用者に対してサービスを提供する場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から1キロメートル当たり40円を実費としていただきます。
 - ⑥
- ※ 領収書の再発行は致しませんので、大切に保管ください。なお、紛失された方等で利用料金を支払った証明が必要な場合は、証明書を発行させていただきますが、実費料金をいただきますのでご了承ください。
- * 介護保険法の改正
国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準ずるものとします。

8. 虐待防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備等）
2 事業所はサービス提供中に、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。

9. その他の留意事項

利用者またはその家族等が、事業者やサービス従業者に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) パワーハラスメント（身体的・精神的暴力）、セクシュアルハラスメント（性的ないやがらせ）などの行為
 - ①パワーハラスメントの例
 - ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
 - ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
 - ・怒鳴るなど
 - ②セクシュアルハラスメントの例
 - ・必要もなくサービス従業者の体を触る
 - ・卑猥な言動を繰り返す
 - ・わいせつな写真等を見せる など
 - ③その他
 - ・サービス従業者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
 - ・ストーカー行為 など

(2) サービス利用中に、同意なくサービス従業者を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

訪問介護の提供開始にあたり、契約書、重要事項説明書、個人情報の目的について説明しました。

〒502-0071

岐阜市長良 2977 番地の 3 の 1

岩砂訪問介護センター長良

説明者

印

訪問介護サービス利用契約書

様（以下、「利用者」といいます。）岩砂訪問介護センター長良（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う訪問介護（ホームヘルプサービス）について、各々対等な立場でその内容を確認し、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

- 1 事業者は、介護保険に関する法令の趣旨に従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じてできるかぎり自立した日常生活を営むことができるよう、訪問介護サービスを提供します。
- 2 事業所は、サービス提供にあたっては、本契約書に従い、利用者の被保険証に記載された認定審査会意見に従って、利用者に対しサービスを提供します。
- 3 利用者は、事業者からのサービスの提供を受けたときは、事業所に対し別紙サービス内容証明書の記載に従い、利用者自己負担分を支払います。

第2条（契約期間）

- 1 本契約の契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
- 2 この契約期間の満了する日の7日前までに、利用者から契約断りの申し出がない場合には、自動更新されるものとし、その後も同様とします。
- 3 利用者からサービス継続の断りの意志が表示された場合は、事業者は他の業者を紹介するなど必要な措置をとります。

第3条（提供するサービス）

- 1 事業者は、訪問介護員等（以下、「ホームヘルパー」という。）を利用者の居宅に派遣し、【別紙】に定めた内容のサービスを提供します。

第4条（訪問介護計画の作成・変更）

- 1 具体的なサービス提供に際しては、事業者は、利用者またはその家族の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、訪問介護計画を作成します。
- 2 事業者が訪問介護計画の変更を必要と判断した場合または利用者またはその家族が訪問介護計画の変更を希望した場合には、事業者は利用者またはその家族の希望を考慮するとともに、双方の合意をもって訪問介護計画を変更することとします。

第5条（サービス内容の変更）

- 1 利用者は、事業者に対して、いつでもサービスの内容を変更するように申し出る事ができます。事業所は、利用者からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反するなど変更を拒む政党な理由がない限り、速やかにサービス内容を変更します。
- 2 ただし、利用者は病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料金を支払う事なく、サービス利用を中止することができます。
- 3 サービス利用のキャンセルは、前日までに、文章あるいは口頭にて申しでることとし介護保険負担割合証に基づいた割合の利用料をお支払いいただきます。

第6条（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

- 1 事業者は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合は、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し、利用者の同意を得ます。

第7条（契約の終了）

- 1 次の各号のいずれかに該当した場合には、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - (2) 利用者の要介護認定区分が自立（非該当）と認定された場合は、この契約の有効期間の満了日（自立（非該当）の認定が直前の要介護（要支援）認定にかかるこの契約の有効期間の満了日後に行われた場合にあっては、当該自立と認定された日）
 - (3) 利用者が死亡した場合
 - (4) 利用者が身体障害者療護施設へ入所する等、介護保険の被保険者としての資格を喪失した場合

第8条（利用者の解約権）

- 1 利用者は、事業者に対して、この契約の解約を希望する日の7日前までに解約を申し入れることにより、利用者が希望する日をもって解約することができます。
- 2 利用者は、前項の規定にかかわらず、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、解約料を支払うことなく、直ちにこの契約を解約することができます。
- 3 利用者は、前2項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当した場合には、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - (2) 事業者が第11条に定める守秘義務に反した場合
 - (3) 事業者が利用者またはその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

第9条（事業者の解約権）

- 1 事業者は、利用者またはその家族等が、利用料の支払遅延など、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の申し入れにもかかわらず改善せず、この契約の目的を達することが困難となったときは、文書により2週間以上の予告期間をもって契約を解約することができます。
- 2 利用者またはその家族等の介護者が、サービス従事者の生命、身体及び財産を傷つけるなどその人権を侵害した事により、本契約を継続し難い事情が認められる時は、本契約を解約することができます。
- 3 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、このサービス提供を調整した介護支援専門員、又は利用者が住所を有する市町村と協議し、必要な措置をとります。

第10条（料金の滞納）

- 1 利用者が、正当な理由なく事業者に支払うべき利用料の自己負担分を2ヶ月以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内にその支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、第9条3項と同様の措置をとり、居宅サービス計画の変更等の調整を行います。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第2項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって、この契約を解除することができます。

第11条(利用料金等)

- 1 利用者は、事業者に対し、利用したサービスの提供に伴い、必要となる額の合計額を支払います。
- 2 利用者の前月の利用料につきましては、ご指定戴きました金融機関の口座から毎月27日（休日・祝日は翌営業日）に自動引き落としとさせていただきます。お支払い方法は、原則として口座引き落としのお支払いをお願いしておりますが銀行振込、現金でのお支払いなどもご相談ください。
- 3 事業者は、利用者から1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、指定する送付先に領収書を送付します。
- 4 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合、上限額は3万円とします。

第12条（連帯保証人）

- 1 利用者は、連帯保証人を定めるものとします。
- 2 前項の連帯保証人は、本契約の基づく事業者に対する債務について、利用者及び家族と連帯して履行責任を負うとともに、事業者が定めるところに従い、協議します。

第13条（秘密保持及び個人情報の保護）

- 1 事業者及び事業者が使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する情報について、守秘義務を遵守し、個人情報を適切に取り扱い、関連機関等と連携を図る等、適切な理由がある場合以外開示しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者またはその家族それぞれからあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。
- 3 サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。その記録は、当事業所で閲覧できます。

第14条（緊急時の対応について）

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、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措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。

第15条（損害賠償）

- 1 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者またはその家族の生命・身体・財産または信用に損害を及ぼした場合には、相当範囲内において損害を賠償します。(第11条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。)
- 2 物品の賠償にあたっては現状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。

第16条（苦情への対応）

- 利用者または利用者の家族は、提供された訪問介護サービスに苦情がある場合、いつでも下記の苦情申立機関担当窓口に、苦情を申し立てることができます。

相談窓口	岩砂訪問介護センター長良 担当 浅見 ゆかり
電話番号	(058) 297-4710
FAX番号	(058) 232-6273
受付日時	月～土 午前8時30分～午後5時(日・祝日・年末年始を除く)

相談窓口	岐阜市役所 介護保険課
電話番号	(058) 265-4141
FAX番号	(058) 267-6015
受付日時	月～金 午前8時45分～午後5時30分(土日・祝日・年末年始を除く)

相談窓口	山県市役所 健康介護課
電話番号	(0581) 22-6838
FAX番号	(0581) 22-6841
受付日時	月～金 午前8時30分～午後5時15分(土日・祝日・年末年始を除く)

相談窓口	岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係
電話番号	(058) 275-9826
FAX番号	(058) 275-7635
受付日時	月～金 午前9時～午後5時(土日・祝日・年末年始を除く)

- 事業者は、利用者に提供したサービスについて、利用者または利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 事業者は、利用者が苦情申立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

第17条（契約外事項）

本契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

但し、判断能力に問題がある場合は、代理人の欄に、家族又は代理人が記名押印し、契約書となります。

利用料金一覧表

訪問介護サービスごとの利用単位および利用料・その他の費用は、以下の通りです。

①基本利用	身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	以後30分毎
		163単位	244単位	387単位	567単位	82単位
	生活援助	20分以上 45分未満	45分以上 60分程度	身体介護に引き続いて生活援助を行う場合		
			20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上	
②加算	特定事業所加算Ⅰ	①基本利用の所定単位数の20/100				
	特定事業所加算Ⅱ	②基本利用の所定単位数の10/100				
	早朝・夜間加算	「夜間」は18時～22時 「早朝」は6時～8時		所定単位数の25/100		
	深夜加算	「深夜」は22時～6時		所定単位数の50/100		
	初回加算	新規初回月の算定		200単位/月		
	緊急時訪問介護加算	緊急時対応(身体介護のみ)		100単位/月		
	口腔連携強化加算	1月に1回限り算定		50単位/回		
	生活機能向上連携加算Ⅰ	初回月の算定		100単位/月		
	生活機能向上連携加算Ⅱ	初回月次月から3か月間の算定		200単位/月		
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		1ヶ月分の合計総単位数 × 24.5%				

ご利用者様負担額の計算

岐阜市は地域区分が6級地ですので、1単位当たり10.42円です。

ご利用者様のご負担額は

①基本利用及び②加算の合計単位数×10.42（1円未満切り捨て）の各ご利用者様の介護保険負担割合証に記載された割合となります。

友愛会における介護サービスの提供に必要な 個人情報の利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者さんに提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者さんへの介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. ご家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

■ 上記以外の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
4. 学会・学術誌等への発表・報告

なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・

住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等をすることができます。

岩砂訪問介護センター長良利用契約同意書

岩砂訪問介護センター長良を利用するにあたり、「訪問介護重要事項説明書」、「訪問介護サービス利用契約書」、「別紙1 利用料金一覧表」、「別紙2 個人情報の利用目的」、を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、理解した上で同意、契約いたします。

令和 年 月 日

(利 用 者)

住 所

氏 名

印

(代筆者)

(続柄)

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印

別紙2 個人情報の利用目的を確認し同意します。

(家 族)

住 所

氏 名

印

(事 業 者)

住 所 〒502-0071

岐阜市長良 2977 番地の 3 の 1

法人名 医療法人社団友愛会

事業所名 岩砂訪問介護センター長良

代表者 理事長 岩砂智丈 印

本契約第11条の請求書・明細書及び領収書の送付先】〈本人・連帯保証人・家族〉

住 所	〒 一
氏 名	