

(介護予防訪問介護)

重要事項説明書

ソレイユケアサービス佐倉

【介護予防訪問介護】ソレイユケアサービス 佐倉

重要事項説明書

1. 法人の概要

法 人 名	特定非営利活動法人シティウイング
代 表	理事長 日向野 真由美
設 立	平成18年8月2日
所 在 地	東京都葛飾区立石5-22-7 太陽ビル1階
電 話 番 号	03(5672)2940
F A X 番 号	03(5672)2941
事 業 内 容	居宅介護支援事業/訪問介護事業/グループホーム事業 サービス付き高齢者向け住宅事業

2. ソレイユケアサービス 佐倉の概要

事 業 所 名	ソレイユケアサービス 佐倉
所 在 地	千葉県佐倉市宮前3-22-5
電 話 番 号	043-485-2940
F A X 番 号	043-485-2954
介護保険指定番号	1271702050号
サービスを提供する地域	佐倉市
営 業 時 間	(月～金) 9:00～18:00
サービス提供時間	365日 24時間

3. 職員体制

	資 格	常勤	非常勤	計
管 理 者 兼サービス提供責任者	介護福祉士	1名	0名	1名
サービス従業者	介護福祉士	4名	1名	5名
	実務研修終了者	1名	1名	2名
	初任者研修修了者	1名	2名	3名

4. サービス内容

身体介護	食事介助・入浴介助・清拭・排泄介助・体位変換 等
生活援助	掃除・洗濯・買物・調理 等
その他	介護相談 等

5. 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として1～3割負担です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

介護予防訪問 介護費（Ⅰ）	【要支援1・2】週1回程度必要（45分/回）	1176単位
介護予防訪問 介護費（Ⅱ）	【要支援1・2】週2回程度必要（45分/回）	2349単位
介護予防訪問 介護費（Ⅲ）	【要支援2】（Ⅱ）を超える場合（45分/回）	3727単位

■加算・減算

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類 加算・減算額（1回あたり）	単位数	基本利用料 ※(注1)
早朝・夜間		所定単位数の25%
深夜の訪問		所定単位数の50%
正当な理由なく事業所と同一の建物に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合		所定単位数の88%
緊急時訪問介護加算	100	1,070円
初回加算	200	2,140円
介護職員処遇改善加算Ⅱ		所定単位数の22.4%

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が5級地のため、単位数に10.9を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注2）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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(注4) やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得てサービス従業者2人で訪問した場合は、2人分の利用料金をいただきます。

(1) 交通費

- ① 佐倉市にお住まいの方は無料です。
- ② サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。

(2) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

ご利用日の前営業日の18時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の前営業日の18時までにご連絡がなかった場合	介護報酬の10割

(3) その他

- ① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ③ 料金の支払方法は毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。翌月の27日までにあらかじめ指定された支払方法でお支払いください。
※お支払い方法は、口座自動引落、銀行振込、現金集金の3通りの中からご契約の際に選んでいただきます。尚、銀行振込の場合、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。
- ④ まれに、交通事情等によりサービス時間が多少前後することがございます。何卒、ご了承ください。
- ⑤ 当事業所のヘルパーもしくは介護学校の実習生が、お客様の同意の上、同行研修する場合がございます。ご協力お願いいたします。
- ⑥ お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決定しておりますが、必ずしもご希望に添えない場合がございます。また、途中やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますので、あらかじめご了承下さい。
- ⑦ 誠に恐縮ではございますが、金品はもちろん、お茶・お菓子などのお心遣いはご遠慮下さい。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは当事業所職員がお伺いいたします。介護予防訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書等でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

(以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。)

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご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、または当法人が破産した場合、お客様は文書等で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様のサービス利用料金の支払いが**60日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払われない場合**、または利用者やご家族などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡及び報告を行うとともに、必要な措置を講じます。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。

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容体に変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8. サービス内容に関するお客様相談・苦情窓口

(管理者) 鈴木 健太	(電話) 043-485-2940
-------------	-------------------

その他(当法人以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。)

千葉県国民健康保険団体連合会	電話 043-254-7428
佐倉市高齢者福祉課	電話 043-484-6174

9. 守秘義務

守秘義務	当法人は、本件サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に開示または漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後においても同様の効力を有します。
------	---

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシーの保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

11. 身体の拘束、虐待等の禁止

身体の拘束、虐待等の禁止	①事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(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、これを市区町村に通報いたします。 ②事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又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は行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。
--------------	--

12. ハラスメントの防止

ハラスメントの防止	当法人の定める「就業規則」に基づき、事業所におけるハラスメント行為を禁止します。 ハラスメントは、「パワーハラスメント」のみならず、「セクシュアルハラスメント」「マタニティハラスメント」「出産・育児に関するハラスメント」、加えて法人事業の利用者及び家族関係者による職員への「カスタマーハラスメント」も含まれます。 利用者及び家族関係者による「カスタマーハラスメント」の場合、サービスの提供が事業所以外の場所である事もあり、その場合は「職場」として扱います。
-----------	--

1 3. 衛生管理

衛生管理	事業所は、感染症の予防まん延防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。 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。
------	---

1 4. 損害賠償

損害賠償	当法人は、本件サービスの提供に伴って、当法人の責に帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。
------	--

介護予防訪問介護のサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

_____年 月 日

【事業者】

(所在地) 東京都葛飾区立石5-22-7 太陽ビル1階

(名称) 特定非営利活動法人シティウイング

(代表者) 理事長 日向野 真由美 印

【サービス提供事業所】

(所在地) 千葉県佐倉市宮前3-22-5

(名称) ソレイユケアサービス 佐倉

(説明者) 管理者 鈴木 健太 印

私は、本書面により、介護予防訪問介護についての重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

_____年 月 日

【利用者】

(住所)

(氏名) 印

【利用者代理人】 利用者とのご関係 ()

(住所)

(氏名) 印

介護予防訪問介護利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業所が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

2. 使用にあたっての条件

- ① 情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと
- ② 事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

3. 個人情報の内容（例示）

- ① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等、事業所が介護予防訪問介護サービスを行うために必要な利用者やその家族個人に対する情報
- ② その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

4. 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間

以上

同意日 年 月 日

【利用者】

(住所)

(氏名)

印

【利用者代理人】 利用者とのご関係 ()

(住所)

(氏名)

印