

介護保険サービス事業(指定訪問介護・第1号事業) 重要事項説明書

指定訪問介護・第1号事業所「えんじょい」は、特定非営利活動法人 姫路自立生活支援センターを母体として介護保険サービス事業を行っています。

<事業者の概要>

名 称	特定非営利活動法人 姫路自立生活支援センター
主たる事務所の所在地	姫路市白国1-2-15 コーポあまの2 1-2
電話番号	(079) 289-0636
代表者名	理事長 河原 正明

<事業の目的と運営方針>

事業の目的	本事業所は、利用者（要介護・要支援）の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問介護・第1号事業の提供を確保するために各機関と連携を図り利用者の安定した生活を維持することを目的とする。
-------	---

運営の方針	1. この事業所が実施する事業は、利用者が居宅において、その方が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の意思及び人格を尊重し、介護を適切に行うものとする。 2. 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の介護保険サービス事業を行う者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。 3. 事業の実施にあたっては、居宅介護サービス事業所と連携し、ケアプランに基づき利用者にとって主体的で充実した生活が続けられるよう努めるものとする。 4. 前三項のほか、介護保険法に基づく介護保険サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準などに関する省令に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。
-------	--

職員への研修の実施状況	採用時研修	採用後2か月以内
	継続研修	年12回

<事業所の概要>

事業所の名称	えんじょい
指定番号	2874009968
事業所の所在地	姫路市白国1丁目2番15号 コーポあまの2 1-2
事業所の電話番号	(079) 289-0636
通常の事業の実施地域	姫路市全域（家島町を除く）
サービス提供日・時間	365日 24時間

<事業所の営業時間>

営業日	月曜日 ~ 金曜日
営業時間	9時 ~ 18時

※緊急の場合には、携帯電話等で24時間対応しています。

<事業所の職員体制>

管理者	1名
サービス提供責任者	1名以上
従事者	3名以上

※必要に応じて職種又は員数を増やすものとします。

<サービスの概要>

身体介護	食事、排泄、更衣、入浴、整容、体位変換、起床、就寝 移動、移乗、服薬
生活援助	買物、調理、洗濯、掃除、整理整頓
その他の介助	ケア・プランに基づきヘルパー2人を同時に派遣することも出来ます。

～～サービスの利用方法について～～

<サービスの利用開始>

要支援及び要介護の認定を受けた方で、当事業所のサービスを希望される方は電話等でご連絡ください。当事業所のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

サービス利用が決定した場合は契約を締結し、訪問介護サービス計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は要介護認定期間と同じです。ただし、引き続きで要介護認定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

訪問介護等の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の自身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

<サービスの終了>

利用者が当事業所に対し30日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも解約することができます。

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、当事業所が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

利用者がサービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、催告した日から30日以内にお支払いいただけない場合または、利用者やご家族が事業所やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

<契約の自動終了>

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

利用者が施設に入所した場合

訪問介護等の要介護認定期間が終了し、その後認定がされない場合

利用者が亡くなった場合

～～利用料金について～～

1. 提供したサービスの負担額（所得により1割から3割）

指定訪問介護・第1号事業の内容は次のとおりとし、指定訪問介護・第1号事業を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額及び保険者が定める額とし、指定訪問介護・第1号事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者から介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

ただし、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介助が困難と認められる場合等であって、居宅介護サービス計画に基づき同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

事業者が利用者に代わり市町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

2. ヘルパー交通費

「サービス提供地域」におけるサービス提供についてのヘルパー交通費は事業所が負担します。

それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所のヘルパーがお伺いするための交通費の実費をいただきます。なお、事業者の自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。事業所から片道20キロメートル未満1000円、事業所から片道20キロメートル以上10キロ増すごとに500円

サービス提供時間中に、利用者の指示によりヘルパーの所有車を使用した場合は、移動距離1kmにつき20円の車利用料をいただきます。

3. キャンセル料

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただくことがあります。

- a) 利用日の2日前の18時までに申し出があった場合・・・・・・・・・・0円
- b) 利用開始予定時間の4時間前までに申し出があった場合
・・・・・・・・予定時間に対する介護給付費相当額の 50 %
- c) 利用開始予定4時間前以降の申し出、または申し出がなく中止した場合
・・・・・・・・予定時間に対する介護給付費相当

4. その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話などの費用は、利用者にご負担いただきます。

介護給付費支給時間を越えて介助を希望される場合は、ご相談ください。

5. 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、30日までにお支払いください。

支払いは、原則として現金または郵便振込でお願いします。

～この契約に関する苦情・相談窓口について～

【苦情解決方法】

- 1、提供した指定訪問介護・第1号事業に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置いたします。
- 2、提供した指定訪問介護・第1号事業に関し、介護認定を行った市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は支給決定を行った市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して介護認定を行った市町村が行う調査に協力するとともに、介護認定を行った市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善をいたします。

【当事業所ご利用相談・苦情窓口】

担当者 宮崎 祐希
電話番号 (079) 289-0636
受付日時 月～金曜日（祝日、12/29～1/3を除く）
 9時～18時

当事業所以外に、市区町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

姫路市介護保険課

姫路市安田4丁目1番地
電 話：(079) 221-2923
FAX：(079) 221-2925

兵庫県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談係

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
（センタープラザ内）
電 話：(078) 332-5617
FAX：(078) 332-5650

～～この契約に関する苦情・相談窓口について～～

【虐待防止について】

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため窓口を設けるとともに以下のような対応をいたします。

- ①虐待を防止するための職員に対する研修の実施
- ②利用者およ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

2 事業者は、サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、市及び関係機関に通報いたします。

【虐待防止に関する相談窓口】

担当者	宮崎 祐希
電話番号	(079) 289-0636
受付時間	9時～18時

～～緊急時の対応方法について～～

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

～契約書及び重要事項説明同意書～

当事業者は、下記利用者に対する指定訪問介護・第1号事業の提供開始に当たり、利用者及び利用者の家族に対して本書面に基づいて契約書及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

＜指定訪問介護・第1号事業サービス事業者＞

事務者所在地 姫路市白国1丁目2番15号 コーポあまの2 1-2
 名 称 特定非営利活動法人 姫路自立生活支援センター
 代表者 理事長 河原 正明 印

＜説明者＞

事業所 えんじょい
氏 名 印

私は、本書面に基つて上記事業所から契約書及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

＜利用者の家族（代理人）＞

住 所 _____
氏 名 _____ 印

～契約更新説明同意書～

当事業者は、利用者に対する訪問介護等サービスの契約更新に当たり、利用者及び利用者の家族に対して重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

＜指定訪問介護・第1号事業サービス事業者＞

事務者所在地 姫路市白国1丁目2番15号 コーポあまの2 1-2

名 称 特定非営利活動法人 姫路自立生活支援センター

代表者 理事長 河原 正明 印

＜説明者＞

事業所 えんじょい

氏 名 _____ 印 _____

私は、上記事業所から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

＜利用者＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

＜利用者の家族（代理人）＞

住所

氏 名 _____ 印 _____