

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	こ～ふのお家桜ヶ丘ヘルパーステーション
所在地	仙台市青葉区桜ヶ丘2-20-1 電話：022-303-2071
提供可能サービス	訪問介護 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問介護型サービス）
介護保険事業所番号	0475100350号
管理者氏名	木町 敏子
サービス提供地域	仙台市

2. 事業所の職員体制等

職種	人員
管理者(兼務)	1名
サービス提供責任者	3名以上
サービス提供職員	22名（常勤 7名 非常勤 15名） 介護福祉士 14名 2級ヘルパー 8名

3. 営業時間

営業日	12月31日～1月3日を除く全日
サービス提供時間	午前6：00～午後10：00
窓口受付時間	午前9：00～午後 6：00

4. 当法人のサービス方針等

私たちの所属する社会福祉法人こーふ福祉会は、いつでも、だれでも安心して暮らせる社会を目指しています。

介護が必要な人にとって、体のケアだけでなく、心のケアも念頭においた利用者本位のケアプランが作成され、安心して介護サービスを受けられることが最も大切です。

私たちは、知恵と力をあわせ、良質な介護サービスの提供と健全な事業運営のためにいっそうの研修にはげむとともに、情報を共有し、ネットワークを広げ、もって要介護者、又は要支援者と介護者の人権擁護（尊重）、地域住民の福祉向上に資することを目指します。

5. サービスの内容

○ 訪問介護サービス

事業者は、訪問介護員（ヘルパー）が利用者の居宅を訪問して行う以下のサービスを提供

できます。

- ① 入浴、排泄、食事の介助等の身体介護
- ② 調理、洗濯、掃除等の生活援助
- ③ 生活等に関する相談および助言
- ④ その他利用者に必要な日常生活上の世話等

ただし、医療行為に該当するサービスは、禁止されているため行いません。

○介護予防・日常生活支援総合事業(訪問介護型サービス)

事業者は、本人が自力で家事等を行うことが困難であって、家族や地域による支えあいや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について、適切なケアマネジメントに基づきサービスを提供します。

6. サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として下記料金の1割～3割です。

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。

※下記の自己負担額の計算には端数処理（円未満端数がある場合は切り捨て）を行っているため、目安の金額となります。

○ 訪問介護費

【別紙】のとおり

○ 介護予防・日常生活支援総合事業費(訪問介護型サービス)

【別紙】のとおり

○ 初回加算

サービス提供責任者が初回もしくは初回から1ヶ月以内に、訪問介護を実施又は訪問介護に同行した場合には、初回加算として200単位となります。

○ 生活機能向上加算(I) 100単位

・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床200床未満のものに限る。)の理学療法士、作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること

・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと。

○ 生活機能向上加算(II) 200単位

訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合

○ 緊急時訪問介護加算

居宅サービス計画に位置づけられていない緊急な訪問介護(身体介護に限る)を行った場合には、緊急加算として 100 単位となります。

○ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に 24.5% を乗じた単位数で算定されます。

○ 高齢者虐待防止措置実施

(2) 利用者負担分は、月末締め請求分を翌月 20 日までに郵便局口座より引落し、もしくは現金にて集金させていただきます。

(3) 上記の利用者負担金は、法定代理受領(現物給付)の場合について記載しています。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、一旦介護保険外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行、後日仙台市に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

7. キャンセル規定

訪問介護サービスでは、利用者のご都合でサービスを中止する場合で、前日の午後 5 時までにご連絡のない場合は介護報酬の 10% のキャンセル料がかかります。

前日の午後 5 時までにご連絡をいただいた場合は無料です。

* ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情のある場合はキャンセル料はかかりません。

8. 秘密保持

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を漏らしてはならない。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から予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。

9. 緊急時及び事故発生時の対応

担当ヘルパーはサービス提供中に利用者の状態に急変その他の緊急事態が生じたときは、緊急時連絡票(契約時に配布)に基づき速やかに家族、主治医、ケアマネジャーに連絡し、適切な処置を行うこととします。主治医に連絡が困難な場合は、救急搬送等の処置を講ずるものとします。担当ヘルパー又はサービス提供責任者が前項についてしかるべき

処置をした場合は、速やかに管理者に報告すると共に記録を残し、必要に応じ事業所は市町村への報告します。

尚、事業所内に「緊急時対応利用者名簿一覧」を備えておく事とし、月1度のメンテナンスをすることとします。

〈緊急時の連絡先〉

利用者の 主治医	氏 名	
	医療機関名称	
	住 所	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先 ①	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先 ②	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

10. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者等の人権・虐待の防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その事業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。

11. 相談窓口・苦情対応

桜ヶ丘ヘルパーステーション 相談窓口 担当者 木町 敏子	所在地 仙台市青葉区桜ヶ丘2-20-1 電話番号 022-303-2071 FAX 022-277-1571 ご利用時間 9:00~18:00 (月~土)
第三者委員苦情相談窓口 窓口担当者名 佐々木 真由美	所在地 青葉区柏木1-2-45 フォレスト仙台5階 電話番号 022-276-5201 FAX 022-276-5160 ご利用時間 9:30~17:00 (月~金)
青葉区役所 介護保険課介護保険係	所在地 青葉区上杉 1-5-1 電話番号 022-225-7211
宮城野区役所 介護保険課介護保険係	所在地 宮城野区五輪 2-12-35 電話番号 022-291-2111
太白区役所 介護保険課介護保険係	所在地 太白区長町南 3-1-15 電話番号 022-247-1111
若林区役所 介護保険課介護保険係	所在地 若林区保春院前丁 3-1 電話番号 022-282-1111
泉区役所 介護保険課介護保険係	所在地 泉区泉中央 2-1-1 電話番号 022-372-3111
宮城総合支所 障害高齢課 高齢者支援係	所在地 青葉区下愛子字観音堂 5 電話番号 022-392-2111
秋保総合支所 保健福祉課 福祉係	所在地 太白区秋保町長袋字大原 45-1 電話番号 022-399-2111
仙台市 介護事業支援課 居宅サービス指導係	所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 電話番号 022-214-8192 FAX 022-214-4443 ご利用時間 8:30~17:00 (月~金)
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2番3号 自治会館6階 電話番号 022-222-7700 FAX 022-222-7260 ご利用時間 9:00~16:00 (月~金)

12. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 こーぷ福祉会
代表者名	理事長 河野 雪子
所在地・電話	所在地 仙台市青葉区桜ヶ丘2-20-1 電話番号 022-279-2941 FAX 022-719-3165
業務の概要	居宅介護支援事業 2、通所介護 2、訪問看護 2、訪問介護 1、地域包括支援センター1、定期巡回ケアステーション 1、ショートステイ 1、サービス付き高齢者向け住宅 1、

■訪問介護、及び介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

〒981-0961

所在地 仙台市青葉区桜ヶ丘2-20-1

名称 社会福祉法人 こ-ふ福祉会
こ～ふのお家 桜ヶ丘ヘルパーステーション

施設長 西 村 一哉 印

令和 年 月 日

説明者 桜ヶ丘ヘルパーステーション

氏名 印

□私は、本書面により事業者から訪問介護、及び介護予防・日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受けました。訪問介護、及び介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始に同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住所 〒

氏名

(代理人) 住所 〒

氏名

家 族 住所 〒

氏名

(続柄 :)