

介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業(訪問介護型)

契約書別紙(兼重要事項説明書)① [2024年7月1日現在]

1. 介護予防・日常生活支援サービス(訪問介護型)を提供する事業所について

(1) 事業所の所在地等

ご利用事業所の名称	公益財団法人 宮城厚生協会 ケアステーションいずみ 介護	
事業所の所在地	〒981-3122 仙台市泉区加茂五丁目32番地の4	
電話番号	022-378-3283	
指定年月日・事業所番号	2023年4月1日指定	0475500831
管理者の氏名	永井 知枝	
通常の事業の実施地域	仙台市泉区全域	

事業所を運営する事業者について

事業者名称	公益財団法人 宮城厚生協会
代表者氏名	理事長 土村 まどか
所在地 電話番号・FAX 番号	宮城県多賀城市下馬2丁目13番7号 (電話:022-361-1158 Fax:022-366-2593) (担当:介護事業部)
法人設立年月日	1950年2月21日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援状態又は仙台市豊齢力チェックリストにより事業対象と判定された利用者が、できる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った自立支援に向けたサービスの提供に努めます。 利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、目標を設定して計画的にサービスを提供し、心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持及び向上をめざして支援を行います。 地域との結びつきを重視し、仙台市、地域包括支援センターその他地域の保健・医療・福祉サービス事業者と連携につとめます。 利用者ができる限り、自ら家事等ができるよう配慮して総合的なサービスの提供に努め、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービス利用の可能性を考慮します。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日まで（年末年始 12月31日から1月3日を除きます。） ＊営業日以外の訪問介護が必要になった場合は、個別に相談します。
営業時間	午前6時から午後10時まで

(4) 事業所の職員体制

(併設する訪問介護サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護も兼務で対応します)

職 種	資 格	人 数	職 務 内 容
管理者		1名	事業所の従業員及び業務の総括管理
サービス提供責任者	介護福祉士	2名以上	利用の申し込みに関わる調整、居宅介護支援事業者等との連携、訪問介護員への情報伝達と技術指導等
訪問介護員	介護福祉士等	3名以上	訪問介護型サービスの提供 *ヘルパー2級は、初任者研修修了者とみなされます。

*職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者や家族から求められたときは、いつでも身分証を提示します。

2. 提供するサービスの内容

介護予防・日常生活支援サービス(訪問介護型)は、専門的な資格を持った訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、ご自宅で生活するにあたって支障となっている部分の支援を行います。入浴、排せつ、食事等の介護又は調理、洗濯、掃除などの家事を総合的に提供します。

*サービスの第三者評価は実施しておりません。

3. 利用料

- (1) サービスの利用料は、契約書別紙②(料金表)のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載された割合の額です。(介護報酬が改定された場合は、自動的に改定されます。)ただし、介護保険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。

*尚、保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、全額(10割)を一旦お支払いいただきます。この場合「サービス提供証明書」を発行しますので「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請をして下さい。

(2) 交通費

買い物で車使用が必要な場合	1km当たり20円の自己負担
---------------	----------------

(3) キャンセル料金

利用料が月単位定額のため、キャンセル料は不要です。

急用や容体の急変などにより、急にサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) 支払い方法

利用料等は、月ごとにまとめて請求しますので、次の方法でお支払い下さい。

翌月27日に、ご指定の金融機関の口座より引き落とします。

4. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

5. 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。又、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。

6. 秘密保持と個人情報保護について

- (1) 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知りえた利用者及び家族に関する情報は理由無く他の人に漏らしません。当該事業所の従業者でなくなった場合においても同様です。
- (2) 事業者は、利用者及び家族の個人情報について、介護保険法第23条(市町村への文書の提出)に基づくもののほか、利用者の介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- (3) 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

7. 記録の開示及び複写

利用者は事業者に対し、記録の閲覧及び複写を求めることができます。求めがあった場合には開示に関する規定に従い、開示の手続きを行います。閲覧及び複写にあたっては、以下の料金をご負担いただきます。

開示料金: 2, 000円、複写料金: 白黒及び2色1枚20円、カラー1枚50円、 管理者説明: 30分毎に5, 000円
--

8. 虐待防止、身体拘束適正化の対応

事業所は、従業者に対する虐待防止啓発、身体拘束排除のための定期的な研修を実施し、権利擁護、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止、身体拘束適正化に関する対応を行います。当事業所に関する内容以外でも、遠慮なくお申し出ください。

虐待防止責任者 永井 知枝

9. 苦情相談に対する受付窓口及び対応方法

- (1) 相談・苦情に適切に対応するための手順は以下の通りです。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・苦情をうけた場合、責任者は詳しい事情を把握し、利用者の立場に立った対応に努める・市町村や国民健康保険団体連合会(以下「市町村等」という。)が行う調査に協力する・市町村等から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って適切な改善を行う・苦情受付から解決までの経過と結果を記録し、同様の苦情の再発防止に役立てる・市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する |
|---|

- (2) 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 022-378-3283
	苦情解決責任者 永井 知枝

当事業所では、苦情解決に社会性や客観性を確保し、適切な対応を推進するため、「介護ネットみやぎ」の会員団体で、5名の第三者委員を共同委嘱しています。

以下の窓口に直接申し出ることや、立ち合いや助言を求めることもできます。

第三者委員苦情相談受付窓口(介護ネットみやぎ)	022-276-5201
-------------------------	--------------

- (3) 上記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	電 話 番 号
仙台市介護事業支援課居宅サービス指導係	022-214-8192
仙台市泉区介護保険課介護保険係	022-372-3111(代表)
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	022-222-7700(苦情相談専用)

10. サービスの利用にあたっての留意事項

サービス利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(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、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(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いたします。

(3) 体調や容体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、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) 利用者・家族から事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第9条1項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。

(5) 利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますのでご遠慮ください。

年 月 日

* 事業者は、サービスの提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者》	所在地	多賀城市下馬二丁目13-7
	法人名	公益財団法人 宮城厚生協会
	代表者名	理事長 土村 まどか

《説明者》	事業所名	ケアステーションいずみ 介護
	(自署)氏名	_____

* 私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書と料金表が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

《利用者》	(自署)氏 名	_____
-------	---------	-------

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

<署名代行者> (利用者との関係 _____)

(自署)氏 名 _____