

重要事項説明書

介護保険法に基づき、当事業者の訪問介護・第1号訪問事業の提供に関しあなたに説明すべき重要事項は、次の通りです。

1 事業者の概要

(1) 名称等

名称	焼津市医師会ヘルパーステーション
所在地	〒425-0036 焼津市西小川5丁目6番地の3
電話番号	054-620-8585
法人名	一般社団法人 焼津市医師会
代表者氏名	会長 前田 津紀夫
管理者氏名	長谷川 美登里
介護保険事業所番号	2275100051
指定年月日	訪問介護 平成11年10月1日 介護予防訪問介護 平成25年 7月1日 第1号訪問事業 平成29年 4月1日
サービスを提供する通常の実施地域	焼津市

(2) 職員の概要

(令和7年4月1日現在)

職種	職員数	勤務形態	資格
管理者	1人	常勤 1人	介護福祉士・介護支援専門員
訪問介護員	36人	常勤 3人 非常勤 33人	介護福祉士 介護福祉士
事務員	2人	常勤 2人	ヘルパー (2級、初任者研修)

(3) 営業日及び営業時間

内容	営業日	営業時間
訪問介護・第1号訪問事業 (介護予防訪問介護相当サービス)	365日	24時間対応
第1号訪問事業 (訪問型サービスA)	月曜日～金曜日	午前9時～午後5時30分
	但し、国民の祝祭日及び8月13日～15日、 12月29日～1月3日を除く	

※事務所受付については、

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分

土曜日 午前9時～正午

但し、国民の祝祭日及び8月13日～15日、12月29日～1月3日を除く

2 訪問介護・第1号訪問事業の概要

(1) サービスの内容

① 訪問介護・第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）の内容

1. 身体介護

食事の介助・排泄の介護・衣類着脱の介護・入浴の介護
身体の清拭、洗髪・整容・その他自立支援の為の身体介護

2. 生活援助

調理・衣類の洗濯、補修・住居等の掃除、整理整頓
生活必需品の買い物・関係機関との連絡・生活援助に関する相談、
助言・その他必要な介護

* 利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は訪問介護計画・訪問サービス計画に定められます。

②第1号訪問事業（訪問型サービスA）

1. 生活援助

調理・衣類の洗濯、補修・住居等の掃除、整理整頓
生活必需品の買い物・関係機関との連絡・生活援助に関する相談、
助言・その他必要な支援（家事は利用者と共にを行います。）

* 利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は訪問サービス計画に定められます。

(2) 訪問介護・第1号訪問事業の利用に当たって

1. サービス提供困難時の対応について

事業所内にて対応、事業所内にて困難な場合は他の事業所の紹介を致します。

2. サービスの質の向上の為の方策

研修及び事例検討等による勉強会

3. 訪問介護員を変更する場合の対応

管理者又は当事業所事務局にて対応

4. プライバシーの遵守

当事業者及び訪問介護員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する義務を負います。

5. 事故発生時の対応について

担当介護員、管理者又は、当事業所事務局が担当します。

6. 災害・感染症発生時の訪問について

ア. 事業者は下記のとおり自然災害・感染症が発生、又は発生する恐れがあつて、訪問介護員の生命・身体の保護が必要な場合は予定されている訪問を中止又は変更する場合があります。

なお、訪問を中止又は変更する場合、連絡が可能であれば事前に連絡いたします。

- ① 台風等により、大雨、強風、洪水等で外出が困難と思われる場合
- ② 地震等が発生し、避難指示以上が発令された場合
- ③ 地震予知情報が発令された場合
- ④ 大規模災害等
- ⑤ ご本人、ご家族が感染症に罹患した場合

イ. 職員が訪問中に地震等災害が発生した場合は、利用者のその場の安全を確保し、職員は退室します。その後の利用者の対応は、原則家族又は近隣等をお願いします。

7. 感染症対策の強化

事業者は、感染症の予防及びまん延防止のため、次の措置を講じるものとします。

- ① 事業所内における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について事業所の職員に周知徹底する。
- ② 感染症対策に係る指針を整備する。
- ③ 事業所の職員に対し、感染症対策に関する研修・訓練を定期的実施する。

8. 虐待防止に関する事項

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、事業所の職員に周知徹底する。
- ② 虐待の防止に係る指針を整備する。
- ③ 事業所の職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

9. 業務継続に向けた取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

10. ハラスメント(相手に不快感を与える嫌がらせの行為)の防止について
事業所は、適切な訪問介護・第1号訪問事業のサービスの提供を確保する観点から、ハラスメントにより職員の就業環境が害されることを防止するための必要な措置を講じます。なお、利用者及びその家族から職員に対して、次に掲げる就業環境を害する著しい迷惑行為(背信行為)があった場合は、契約を解約する場合があります。

- ① 身体的暴力 身体的な力を使って、危害を及ぼす行為
- ② 精神的暴力 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり

おとしめたりする行為

- ③ セクシャルハラスメント 意に添わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- ④ その他の違法な行為又は正当な理由がない過度な要求、誹謗中傷、悪質なクレーム（理不尽な苦情）等の不当な行為

11. 訪問介護・第1号訪問事業に対する苦情について

訪問介護計画・訪問サービス計画に基づいて提供しているサービスについての苦情相談を承ります。サービスの内容に関する事、利用料金に関する事などお気軽にご相談下さい。尚、当事業所で解決する事が困難な問題については、市町村及び国保連合会と連携をとり対応いたします。

担 当	長谷川 美登里
電 話	054-620-8585
ご利用時間	午前9時～午後5時30分

介護保険課 (焼津市健康福祉部介護保険課) 電 話 054-626-1159
国保連合会 (静岡県国民健康保険団体連合会) 〒420-8558 静岡市葵区春日2-4-34 電 話 054-253-5590

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

3 利用料金

(1) 利用料 (別紙1)

焼津市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.21円を乗じた金額が料金となります。なお、自己負担金は保険者から交付される介護保険負担割合証及び第1号訪問事業の自己負担割合の規定に基づいた額です。別紙の料金は、訪問介護は1回・介護予防訪問介護は1ヶ月あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、少数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。ただし、あなたの被保険者証に支払い方法変更の記載があったときは、利用額の全額をいただきます。

この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を保険者の窓口へ提出して、払い戻しを受けて下さい。

【加算】 *①介護予防訪問介護相当サービスを除く、*②訪問型サービスAを除く

夜間加算(午後6時から午後10時まで)*①②	所定単位数の25/100
早朝加算(午前6時から午前8時まで)*①②	所定単位数の25/100
深夜加算(午後10時から午前6時まで)*①②	所定単位数の50/100
介護職員等処遇改善加算(I)*②	所定単位数に加算率を乗じた単位数
初回加算*②	200 単位/月
緊急時訪問介護加算*② (利用者や家族などからの要請を受けサービス提供責任者がケアマネと連携を図り訪問介護を行った場合等)	100 単位/回
生活機能向上連携加算(I)*②	100 単位/月
認知症専門ケア加算 (I) *①②	3 単位/日
特定事業所加算 I *①②	所定単位数の20/100

- ・重介護を有する場合等で、利用者（又は家族）の同意があるとき、同時に2人の訪問介護員等が行った場合は、所定単位数の200/100相当を算定（第1号訪問事業は除く）
- ・第1号訪問事業の単位数については、市長が定めた額による。
- ・その他の訪問単位数については、厚生労働省の定めた基準による。
- ・サービス計画に沿って実施する為、当事業所の介護員が訪問したが、利用者の都合でサービスが実施されなかった場合、介護保険において請求できないが、介護員の出勤等経費が発生する為、キャンセル料金1,000円を請求致します。（第1号訪問事業は除く）
尚、事前にキャンセル希望の場合は前日までにケアマネジャー又は当事業所に連絡して下さい。

(2) 交通費

利用者宅までは無料（通常の事業の実施地域内）

ただし、計画の中で買い物等により外出することが位置付けられている場合、担当者が公共交通機関を使用した場合はその実費を徴収する。尚、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収する。

利用者宅より1キロメートルあたり 50円

- 1 キロメートル未満は1 キロメートル、
- 1 キロメートル以上は四捨五入して算出します。

(3) 支払い方法

あなたが当事業所に料金を支払うこととなる場合の支払い方法については、月ごとの清算とします。毎月20日までに前月分の請求をします。お支払い方法は、毎月27日銀行等口座より引き落としさせていただきます。契約の際に、預金口座振替依頼書をご提出ください。

4 個人情報について

(1) 個人情報保護方針

以下の個人情報保護方針を定め、役員及び職員一同この方針に従い、個人情報の適正な取り扱い、管理に努めていきます。

- ア. 個人情報の取得・利用・提供
- イ. 当事業者がご利用者から個人情報を取得する場合には、その利用目的を明示し、必要な範囲で公正かつ適切な方法にて、個人情報の取得・利用・提供を行います。
当事業者は、法令に定められている場合を除き、ご本人及びご家族の同意を得ることなく、個人情報の第三者提供を行いません。
- ウ. 個人情報の適正管理
当事業者がご利用者から取得した個人情報は、安全かつ正確に管理し、これに対する不正アクセス、紛失、改ざん、および漏洩等の防止に努め、その予防に努めます。
業務を外部に委託し個人情報を預託する場合は、当事業所の厳正な管理の下で行います。
- エ. 法令・規範の遵守
当事業者は、個人情報の取り扱いにおいて、個人情報の保護に関する法令及びその他の規範を厳守します。
- オ. 教育の実施及び継続的な改善
当事業者は、個人情報保護に関する規定を定め、役員及び職員に適切な管理方法についての研修を実施し、日常業務における個人情報の適切な取扱いを周知・徹底し、継続的改善を行います。

(2) 個人情報の利用目的

- ア. 利用者へ適切な医療・介護サービスを提供するため
- イ. 医療・介護保険事務を行うため
- ウ. 利用者に係る管理運営業務のうち、以下の業務を行うため
 - ① 会計・経理
 - ② 事故等の報告
 - ③ 医療・介護サービスの質の向上
- エ. 当事業者が提供する医療・介護サービス関連業務のうち、以下の業務

を行う為

- ① 診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との連携
- ② 医療機関からの照会への回答
- ③ 利用者に居宅介護サービス・介護予防サービスを提供する他の居宅介護サービス・介護予防サービス事業者、居宅支援事業所、地域包括支援センター等の連携（サービス担当者会議等）
- ④ 利用者の診察に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ⑤ 情報システム運用、保守業務の委託等
- ⑥ 家族等への病状並びに心身の状況説明

オ. 医療・介護保険事務に係る情報提供

- ① 利用料事務の委託
- ② 審査支払機関へのレセプトの提出
- ③ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

カ. 当事業者の管理運營業務のうち、以下の業務をおこなうため

- ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成
- ② 当事業者において行われる学生の実習への協力
- ③ 当事業者内において行われる事例検討

キ. 他の事業所等への情報提供を伴う事例

- ① 外部監査機関への情報提供
- ② 関係法令等の基づく行政機関等への報告
- ③ 研修等に関わる情報提供

5 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医 氏名 _____

医療機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____

協力医療機関 医療機関の名称 _____

所在地 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

昼間の連絡先 _____

夜間の連絡先 _____

(自治会 町内会 組 避難場所)

令和 年 月 日

(事業者)

当事業者は、訪問介護・第1号訪問事業のサービスの提供開始に当たり、この説明書に基づいて重要事項及び個人情報の利用目的について説明しました。

所在地 焼津市西小川5丁目6番地の3

名称 焼津市医師会ヘルパーステーション

説明者 印

(利用者)

この説明書により、訪問介護・第1号訪問事業の提供に関する重要事項の説明を受けました。訪問介護・第1号訪問事業のサービスを実施するにあたり、サービス担当者会議等において私及び家族の個人情報を用いることについて同意致します。

又、個人情報の利用目的についての説明を受け、私及び家族の個人情報を用いることについても同意します。

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印 _____

上記代筆の場合は代筆者氏名 _____

利用者との続柄 ()

家 族 (本人との続柄) ()

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 ()

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____