

重 要 事 項 説 明 書

訪問介護サービスおよび予防専門型訪問介護サービス

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 田中建材
事業所の所在地	名古屋市西区城西二丁目11番15号
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 田中 清隆
電話番号	052-521-2281

2 ご利用施設

事業所の名称	ヘルパーステーション エーデルワイス
指定番号	愛知県 2370303733 号
所在地	名古屋市北区西味鋤一丁目901番5
電話番号	052-325-4724
ファクシミリ番号	052-325-4675

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。
運営の方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、その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、入浴・排泄・食事の介助、その他日常生活上の世話及び機能訓練により、利用者の心身の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4 ご利用事業所の職員体制

区 分	資 格	員 数	勤務の態勢
管理者		1 人	常勤 1 名
サービス提供責任者	介護福祉士	3 人	常勤 3 名
訪問介護員	介護福祉士	24 人	非常勤 5 名
	訪問介護員	19 人	非常勤 3 名

5 通常の営業日時・営業区域

営業日	原則として月曜から金曜日 ただし、国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前9時から午後6時まで
営業区域	名古屋市北区、名古屋市西区、名古屋市中村区、名古屋市中区

* 上記営業日時以外のご利用の希望の場合は、ご相談に応じます。

* 早朝（午前6時～8時）夜間（午後6時～10時）は25%加算となります。

* 台風・降雪などによる災害時に、ご自宅に伺えない時は中止になります。

6 サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

サービスの種類	内容・標準的な手順	利用料
身体介護	食事介助・入浴介助・排泄介助、衣服着脱、清拭、体位交換、通院付添、生活リハビリ手伝等	介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は居宅介護サービス基準額の1～3割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護サービス基準額相当額です。）
生活援助	調理、洗濯、掃除、買物等 （利用者に関わるものであること）	

7 交通費実費

通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。		
① 事業所の実施地域を越える地点から、片道3キロメートル未満		300円
② 事業所の実施地域を越える地点から、片道3キロメートル以上		500円

8 キャンセル料

ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合当該利用料の 50%
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合当該利用料の100%
ご利用の24時間前までにいただいた場合は無料です。

ご利用者様の都合にてサービスを中止する場合、上記のキャンセル料がかかります。

9 苦情申立先

苦情受付の担当者

苦情受付の担当者	サービス提供責任者 連絡先 052-325-4724 受付時間 9：00～18：00
----------	---

苦情解決方法

苦情の受付	苦情は面接・電話・書面などにより苦情を受け付けます。
苦情受付の報告確認	苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者へ報告いたします。
苦情解決のための話し合い	苦情解決責任者は、苦情申立者と話し合い解決に努めます。
他の苦情窓口の紹介	他の本事業者で解決できない苦情は、次の担当窓口に苦情を申し立てることができます。 ① 名古屋市健康福祉局介護指導課 連絡先 052-972-3087 ② 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 連絡先 052-202-0167 ③ 愛知県健康保険団体連合会 連絡先 052-971-4165 （ただし、苦情内容は介護保険サービスに関するものに限ります。）

10 緊急時の対応方法

ご利用者又はご家族の指示に基づき、かかりつけ医等に連絡致します。なお、救急対応が必要な場合は、救急車の手配を行う等の配慮を致します。
--

11 虐待防止の対応

当事業所では、ご利用者様の人権の擁護及び虐待の防止を図るため、以下の措置を講じています。

（１）虐待防止委員会の設置・開催：事業所内に「虐待防止委員会」を設置し、定期的に開催して、虐待防止の取り組みを検証します。

（２）指針の整備：虐待防止のための指針（マニュアル）を策定し、適切に運用します。

（３）定期的な研修の実施：従業者に対し、虐待防止に関する研修（年２回）を実施します。また、新規入職者に対して採用時に研修を行います。

（４）担当者の配置：事業所における虐待防止の責任者として、「虐待防止対応担当者」を配置します。

12 その他の重要事項

ご利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用及び、通院などの付き添い等のヘルパーの移動にかかる費用は、ご利用者負担になります。

ヘルパーステーション エーデルワイス 管理者 様

令和____年____月____日

私は、サービスの提供責任者（氏名 _____）から重要事項の説明を受け、
訪問介護サービス又は予防専門型訪問サービスの提供開始に同意します。

（ご利用者様）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

（署名代行者）

私は本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の意思を確認しました。

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

続 柄 _____

電話番号 _____

署名代行理由

【基本方針】

ヘルパーステーション エーデルワイスはご利用者様及び家族様の個人情報がプライバシーを構成する重要な情報であることを深く認識する。

当事業所では業務において個人情報を取り扱う際に、個人情報保護に関する内容、その他の規範を厳守し、ご提供いただいた情報は厳正に管理を行うものとする。

【個人情報保護に関する取り組み】

(個人情報の取得)

個人情報の取得にあたっては、予めその利用目的を明示することを原則とし、ご利用者及びご家族様に同意していただき、介護サービスに必要な情報を取得するものである。

(個人情報の利用)

ご提供いただいた個人情報は、ご利用者様に同意頂いた利用目的範囲を超えての取り扱いはいたしません。

利用目的を変更が必要な場合が発生しても、事前に御本人様、ご家族様の説明・同意のないものは利用いたしません。

(個人情報の第三者提供)

ご提供いただいた個人情報は以下のいずれかに該当する場合を除きいかなる第三者にも開示いたしません。

1. サービス提供事業所に対し必要な情報（住所・連絡先・利用者の状態）の提供の場合。
2. サービス担当者会議時にサービス提供に必要な情報の提供の場合
3. 法令の定めに基づいて個人情報の提供が要求された場合
4. 人の生命、身体及び財産に関する危険性があり、緊急を要する場合

(個人情報の安全管理)

利用者様の個人情報はデータの漏洩を防止するための対策を講じています。

1. 情報は鍵のかかる場所に保管する。
2. 原則、事業所外に持ち出さない。（必要時、持ち出ししても、盗難・紛失なきよう責任を持って管理を行う。）

(個人情報の照会・訂正・削除)

ご提供いただいた個人情報の内容の照会・訂正・削除は担当者のご報告ください。

当該ご請求がご本人の意志によるものであることが確認できた場合に、利用者様の個人情報を開示・訂正・削除をいたします。また、ご本人が死去、施設入所など契約が終了した場合個人情報を削除いたします。

< 重要事項説明書による利用料金表（令和6年4月改定） >

○訪問介護サービス

1. 初回加算

200単位	初めて訪問介護サービスを受けられる場合（又は2ヶ月以上ご利用がない方が再度訪問介護サービスをご利用になられる場合）に加算されます。 原則としてサービス提供責任者自ら初回サービスを実施する、又は他の訪問介護員が訪問介護サービスを実施する際にサービス提供責任者が同行いたします。
-------	--

加算により、誤差が出る場合があります。

2. サービス利用料金（1回あたりの目安）

◆生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物などの日常生活の援助を行うサービス）

ご契約時間 区分	30分未満	20分以上 45分未満 (生活2)	45分以上 (生活3)
生活援助	—	179単位	220単位

◆身体介護（入浴の介助、排泄の介助、食事の介助、体位交換など身体の介護を行うサービス）

ご契約時間 区分	20分未満	20分以上 30分未満 (身体1)	30分以上 1時間未満 (身体2)	1時間以上 1時間30分未満 (身体3)	以降30分 ごとに加算
身体介護	163単位	244単位	387単位	567単位	82単位

そうじ

3. 緊急時訪問介護加算（1回につき）

100単位	お客様やご家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合は、サービス利用料金とは別に加算します。
-------	---

○予防専門型訪問サービス

サービス利用料金（月あたり）

利用回数 区分	週1回利用 (介護予防訪問介護Ⅰ)	週2回利用 (介護予防訪問介護Ⅱ)	週3回程度の利用 (介護予防訪問介護Ⅲ)
介護予防訪問介護	1176単位	2349単位	3727単位

<サービスの内容>

◇「身体介護」、「生活援助」の区別なく、お客様の自立支援を促すサービスを提供します。

<留意事項>

◇ご利用になるサービスが、介護保険の給付限度額を超える場合は、保険からの給付が受けられないため、介護保険制度上の介護報酬額と同額のご利用料金をいただきます。

◇ご契約時間又はサービス区分の変更が必要となる場合は、ご相談の上、変更させていただきます。

◇サービスに対して、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）をいただきます。

ヘルパーステーション エーデルワイス 管理者 様

令和____年____月____日

私は、サービスの提供責任者（氏名 _____）から、利用料金について説明を受け、内容に同意いたします。

（ご利用者様）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

（署名代行者）

私は本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の意思を確認しました。

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

続 柄 _____

電話番号 _____

署名代行理由