

介護保険外(自費)サービス 重要事項説明書

1. 事業者概要

法人名	合同会社繋ぐ手
代表者名	代表社員 上野 穂奈実
法人所在地	長野県松本市白板1-6-16白板ハイム102号室
電話番号	0263-31-5590

2. サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称・所在地

事業所名	訪問介護事業所繋ぐ手
管理者名	上野 優
電話番号	0263-31-5590
FAX番号	050-3183-9607
事業所所在地	長野県松本市白板1-6-16白板ハイム102号室
事業指定番号	訪問介護 2070204538
サービス提供地域	松本市全域

(2) 事業所の職員体制

職 種	常勤	非常勤	計
管 理 者 (訪問介護員兼務)	1		1
サービス提供責任者 (訪問介護員兼務)	1		1
訪問介護員(ホームヘルパー)	2.5		2.5

(3) 営業日および営業時間

営業日・営業時間	月曜日～金曜日9:00～17:30
営 業 し な い 日	12月30日～1月3日、土日祝日は除く

3. 運営の方針

- ◇ 利用者の人権を最優先するとともに、保険内ではできない部分を補い利用者が安心・安全にご自宅で生活ができるようにサポートをする。
- ◇ 利用者及びそのご家族のご要望に基づき、可能な限り残存する機能を活かしながら日常生活を営めるよう支援する。
- ◇ これらの活動により、利用者の生活が、満ち足りた余生を過ごして頂くことを目標として企業活動を展開する。

4. サービスに関して

(1) サービスの内容

身 体 介 護	話し相手、見守り、入院・退院介助、入所・退所介助、散歩、外出介助、冠婚葬祭介助、入院中の洗濯・介助
生 活 援 助	同居の場合(本人の季節の衣類交換、暖房器具等の入れ替え)、昼間・夜間独居の場合(介護保険対象外の本人への援助)

(2) 訪問介護計画書の作成

サービス提供にあたっては、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて具体的サービス内容を記載した「訪問介護計画書」を作成します。

- ◇ ホームヘルパーは、サービス提供にあたって当日の利用者の体調等を確認し場合によっては、利用者の同意を得てサービス内容を変更することがあります。

5. サービス利用についての注意事項

(1) サービスを行うホームヘルパー

- ◇ サービスの提供にあたっては、事業所が選任したホームヘルパーがサービスを行います。
- ◇ 利用者がホームヘルパーを指名することはできません。

(2) ホームヘルパーの交代

◇ 選任されたホームヘルパーの交代を希望する場合には、当該ホームヘルパーが業務上不適当と認められる事情その他の理由を明らかにして頂くことが必要なため、事前にご相談ください。

◇ 事業者の都合によりホームヘルパーを交代することがあります。その場合、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮します。

(3) サービス実施上の留意事項

◇ 保険外サービスの実施に関する指示・命令

保険外サービスの実施に関する指示・命令は全て当社が行います。但し、当社は保険外サービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分配慮します。

保険外サービスを提供するにあたって必要なヘルパーの交通費・娯楽費・飲食代はすべて 利用者負担となります。

◇ 備品等の使用

利用者のお住まいでサービスを提供するために、水道・ガス・電気等を使用させていただきます。また、ホームヘルパーが事業所に連絡する際、電話を使用させて頂くことがあります。なお、これらの費用は利用者の負担とします。

◇ ホームヘルパーへの補償

利用者等が飼育しているペット類は訪問介護サービスの提供の妨げにならないように管理をお願いします。例えば、大切なペットを守るために、また、職員が安全にケアを行うためにも、訪問中はリードをつけて頂くか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなど。このペット類がホームヘルパーに危害を加えた場合の補償や賠償責任は利用者が負うものとします。

(4) その他の留意事項

◇ 職員に対する金品等の心づけはお断りしています。

職員がお茶やお菓子、お礼の品物等を受けることも法人として禁止しております。また、金銭・貴重品等の管理にご協力をお願いします。

◇ 見守りカメラの設置を含む職員を撮影する際は一言お伝えください。

ご利用者さまの安否確認や見守りを目的としたカメラの使用およびケアの確認等で職員が画像に写り込む場合には、プライバシー保護のために職員の同意を得てください。SNS等で画像を使用する場合も同様をお願いします。

◇ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

6. 利用料金

(1) サービスに関する利用料金等(通常時間帯／8:00～18:00)

訪問介護自費サービス表

【1】生活援助

サービス内容:例		大掃除・花木の水やり・窓ガラス磨き・庭の草むしり 一般的な家事・買い物代行等			
【料金(税込)】ヘルパー1名につき					
時間	月曜日～土曜日 (8:00～18:00)		日曜日・祭日 (8:00～18:00)		時間外
当事業所	利用中	非利用	利用中	非利用	
30分未満	¥1,100	¥2,200	¥1,500	¥2,600	25%増し
30分～60分未満	¥2,200	¥3,300	¥2,600	¥3,700	
60分～90分未満	¥3,300	¥4,300	¥3,700	¥4,800	
延長15分毎	¥550	¥770	¥660	¥880	

【2】身体介護

サービス内容:例		食事介助・入浴介助・排泄介助・服薬介助等			
【料金(税込)】ヘルパー1名につき					
時間	月曜日～土曜日 (8:00～18:00)		日曜日・祭日 (8:00～18:00)		時間外
当事業所	利用中	非利用	利用中	非利用	
30分未満	¥2,200	¥3,300	¥2,500	¥3,600	25%増し
30分～60分未満	¥3,300	¥4,400	¥3,700	¥4,800	
60分～90分未満	¥4,400	¥5,500	¥4,700	¥5,800	
延長15分毎	¥550	¥770	¥660	¥880	

【3】キャンセルについて

キャンセル内容	料金	
・サービス予定日前日までにご連絡いただいた場合	利用料金	0%
・サービス予定日当日までにご連絡いただいた場合	利用料金	50%
・サービス予定日までにご連絡をいただけなかった場合	利用料金	100%

【4】その他注意事項

※時間外は18:00～8:00の時間帯になります。
※ヘルパーがお伺いさせていただく際の交通費は当事業所利用者様以外の方は1Km18円のご請求をさせていただきます。
※契約途中、サービス内容に変更が生じた場合、料金の見直しをする場合があります。
※サービス内容にないこともお受けできることがありますのでお気軽にお問い合わせください
※延長料金に関しましては契約時間を15分超過毎に加算されていきます。

(4) 料金の請求・支払方法

- ◇ 利用料金は原則、1ヶ月ごとに計算しサービス利用月の翌月15日頃までに、請求いたしますので、請求月の月末までにお支払いいただきます。
 - ◇ お支払い方法は、銀行口座からの口座自動引き落とし、お振込み、現金払いのいずれかよりご選択いただきご契約の際にお申し出ください。なお、口座自動引き落としの手続きが完了するまでは、お振込みでお支払いいただく場合があります。
 - ◇ 口座自動引き落とし日は26日迄、振込及び現金での支払いは末日迄。
- 注意: それぞれの引き落日にご指定の金融機関がお休みの場合は、翌営業日が引き落とし日になりますので、それまでに、残高不足とならないよう対応いただきますようお願いいたします。

(3) 領収証明書の発行と文書料

- ◇ 領収証は原則として再発行いたしません。但し、紛失等の理由により、利用者または身元引受人から領収証の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行致します。なお発行に際して、文書料として一通につき金1,100円(税込)を申し受けます。

7. 身元保証人の責務

- ◇ 訪問介護サービスを利用される場合、利用者のご家族等の身元保証人を求めます。身元保証人は、契約に基づく利用者に対する一切の債務について、利用者と連帯して履行の責任を負います。
- ◇ 身元保証人には、利用料の滞納や未払いがないように努める義務があります。利用料の滞納や未払いがある場合には、身元保証人は契約書に定めるとおり利用者に代わって利用料の支払いをして頂きます。

8. サービス契約の終了・解約

(1) 契約の終了

◇ 以下の事由が発生した場合は、その当該期日をもって終了することとします。

- ① 利用者が事業者へ解約を通知した場合
- ② 事業者が利用者に解約を文書で通知した場合
- ③ 利用者が、死亡した場合
- ④ 利用者が、医療機関に2ヶ月を超えて入院する場合または入院すると見込まれる場合
- ⑤ 事業者が、破産した場合。

◇ ④に該当する場合については、契約終了後1年以内に、再利用することとなった場合は、終了時の契約書を有効とします。なお、再利用時に、重要事項説明書の内容等が変更されている場合は説明し交付します。

(2) 利用者からの解約

◇ 解約希望日の2日前までに文書にてお申し出頂くことにより、契約を解約することができます。

(3) 事業者からの解約

◇ サービス利用料金の支払が正当な理由がなく2ヶ月以上遅れ、催告したにも関わらず、直ちに支払がない場合は、契約を解約させていただきます。

◇ 利用者またはその家族等が、事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財産等を傷付け、または著しい不信行為を行うなどされ、サービス契約の継続が困難になった場合は、契約を解約させていただきます。

◇ 事業者より解約する場合は、利用者に対し30日前までに解約の理由等を記した文書にて通知させていただきます。

※ 上記、全ての場合において既の実施したサービスについては所定の料金をお支払い頂きます。

9. 緊急時の対応方法

◇ サービス提供中に病状の急変等があった場合には、利用者の主治医、救急隊、家族、利用者に係る居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等へ連絡をするともに、必要な対応を行います。

居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な対応を行います。また、事故原因を追究し、再発防止のための対策を実施します。

◇ 発生した事故が、事業者が取り決める重大な事故の場合は、京都市、その他市町村に報告します。

◇ 賠償すべき事故が発生した場合は、その損害を賠償します。なお、当事業所は下記損害賠償保険に加入しています。

損害賠償	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保険名	介護事業者賠償責任補償
責任保険	補償の概要	対人・対物管理家財物事故

12. 感染症予防対策

感染症予防対策として次のことに努めます。

- ◇ 事業所は、職員の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行ないます。
- ◇ ホームヘルパーは、常に清潔保持および健康管理に努め、特に訪問前後は、手、指を洗浄するなど感染予防に十分留意します。
- ◇ 事業所内や訪問先において感染症が発生した場合は、まん延しないようにマニュアルに沿って必要な対策を行うとともに、必要に応じ市区町村等が設置する機関の助言、指導を求め対応します。
- ◇ 国や市町村から通知が発せられた場合は、その通知に従います。また、その旨お知らせします。

13. サービス内容に対する苦情

- ◇ お客さま相談・苦情窓口

事業所	訪問介護事業所繋ぐ手	
	営業時間	月曜日～金曜日 9:00～17:30
	電話番号	0263-31-5590
	FAX	050-3183-9607
	苦情・相談 担当者	上野 優

14. 個人情報について

◇ 利用者および家族等の個人情報については、医療・介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者およびその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

◇ 事業所における、個人情報の利用目的は以下の通りです。なお、医療・介護サービスの提供以外の目的で使用する場合についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

- 医療・介護の提供
 - ・ 当事業所での医療サービス、介護サービス、介護予防サービスの提供
 - ・ 他の病院、診療所、薬局、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域包括支援センター、行政等との連携
 - ・ 他介護サービス事業所等からの照会への回答・主治医等からの照会への回答
 - ・ ご利用者さまの介護や看護、ケアプラン作成のため、医師等の意見・助言を求める場合
 - ・ サービス担当者会議
 - ・ ご家族等への説明
 - ・ その他、利用者さまへのサービス提供に関する利用
- 医療・介護報酬請求のための事務
 - ・ 当事業所での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
 - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
 - ・ 公費負担に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
 - ・ その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する医療介護報酬請求のための利用
- 当事業所の管理運営業務
 - ・ 事業所運営に関する会計・経理業務
 - ・ 苦情、事故等の報告
 - ・ 当該利用者さまの医療・介護サービスの向上に関する利用
 - ・ その他、当事業所の管理運営業務に関する利用（業務委託を含む）
- 賠償責任保険などに係る、医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当施設内において行われる看護師、ヘルパー、介護福祉士、社会福祉士などの実習への協力
- 医療・介護の質の向上を目的とした学会活動、学術研究
- 外部監査機関への情報提供

以上、介護保険外サービスを開始するにあたり、本書面により重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(説明担当者)

訪問介護事業所繋ぐ手

〔氏名〕 (自署)

私は、本書面により、事業者から「介護保険対象外サービス」について重要事項の説明を受け、その内容に同意
のうえ、本書面を受領しました。

利用者名	
住所	

上記署名は、 (続柄:) が代行しました。

身元保証人

〔氏 名〕	
〔住 所〕	