

保険対象外事業

「訪問介護等 保険対象外サービス」

重要事項説明書

ふりがな ご利用者氏名			
住 所	飛騨市		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡名①		続柄①	
緊急連絡先住所①			
電話番号①		携帯電話①	
緊急連絡名②		続柄②	
緊急連絡先住所②			
電話番号②		携帯電話②	
医療機関名		主治医名	
医療機関住所		連絡先	

当事業所は保険対象外においてサービス提供上必要な方にのみ、ご契約者に対して保険外の訪問介護等サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人 吉城福祉会
(2) 事業所在地 岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
(3) 電話番号 0577-73-7715
(4) 代表者氏名 理事長 橋本 正人

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 訪問介護等保険対象外サービス
(2) 事業所の目的 指定訪問介護事業所吉城ホームヘルプステーション古川が介護保険及び自立支援給付の対象とならない相対契約による訪問介護等保険対象外サービス（以下「サービス」という。）を行うために必要な事項を定め、利用者の意思及び人権を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問介護の提供を確保することを目的とする。
(3) 事業所の名称 吉城ホームヘルプステーション古川
事業所の所在地 飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
電話番号 0577-73-7715
ヘルパー専用携帯 090-8671-5143
FAX番号 0577-73-7133
(4) 事業所長（管理者） 氏名 泉原 美由紀
(5) 当事業所の運営方針 1. 事業所は、サービスを必要とする人（以下「利用者」という。）が可能な限りその居宅において、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように配慮し、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般、また通院介助や移動介護等にわたる援助を行うものとする。
2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス、地域包括支援センター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。
(6) 開設年月 ①平成15年11月1日
(7) 通常の事業の実施地域 ①飛騨市古川町、河合町、宮川町の区域
(8) 営業日及び受付時間、営業時間
吉城ホームヘルプステーション古川

営業日	月曜日～日曜日 (但し、12月31日～1月3日を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 8時00分～17時00分
サービス提供時間	月曜日～日曜日 6時00分～22時00分

※（電話等、連絡可能な体制として、上記営業日、営業時間外でも別途対応可能としています。）

3. 職員の体制及び職務内容

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護、指定介護予防訪問介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤 (専従・兼務)	非常勤 (専従・兼務)	常勤換算	指定基準	職務内容
1. 管理者	1名			1名	管 理
2. サービス提供責任者	2名			2名	調整・訪問 指導・計画
3. 訪問介護員	5名	6名	2.5名 以上	2.5名 (常勤換算上)	訪問介護
(1) 介護福祉士	5名	6名			
(2) ヘルパー1級					
(3) 介護職員初任者研修 了者(ヘルパー2級)					
(4) ヘルパー3級					

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の訪問介護員5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

- (1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとし、その業務に支障のない限りにおいて他の業務と兼務することができる。
- (2) サービス提供責任者は、事業所に対する訪問介護等の利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画等の作成等を行うとともに、自らも訪問介護等の提供に当たる。
- (3) 訪問介護員は、訪問介護等の提供に当たる。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて

<対象者>

- (1) 現に介護保険サービス、自立支援給付サービスを利用しているが、その指定されたサービスの範囲を超えないと適切なサービスの利用ができない場合に、範囲外のサービスを必要とする人
- (2) 飛騨市古川町、河合町、宮川町の区域内に居住しており、家族等の介護を得ることができなく、一時的に訪問介護等のサービスを必要

とする人

＜サービス内容＞

- (1) 保険適用できない内容の身体介護（受診の同行等）
- (2) 保険適用できない内容の生活援助（入院の準備、使用していない部屋の掃除等）

＜契約期間＞

- (1) ご契約の有効期間は、契約締結の日から6か月間とします。但し、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に6か月間同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。
- (2) 契約満了日の2日前までにご契約者から事業者に対して文書により契約終了の申し出がない場合には、ご契約は更新されたものとなります。

＜利用料金＞

サービスを提供した場合の利用料は、厚生労働大臣の定める介護給付費及び自立支援給付費の額の算定に関する基準に定める訪問介護費の単位数に10円を乗じて得た額とします。（サービスの利用料金は、ご契約者の計画に応じたご利用により異なります。また、その都度、サービス利用の事前にサービスに掛る金額について報告します。）

＜その他＞

- (1) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。
- (2) 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能
 - ① ご契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、ご契約者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。
 - ② 前項の場合に、事業者は、ご契約者に対して、既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払いを請求できるものとします。

5. 交通費

通常の事業実施地域、事業実施地域以外の地区に関わらず無料とします。

6. 利用料金のお支払い方法

利用料金の費用は、1か月ごとに計算し、請求書を送付致しますので、翌月末日までにお支払い下さい。1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数及び時間等に基づいて計算した金額とします。基本的には、利用料金等の費用は、保険外につき請求書により支払をし

ていただきます。

7. 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に出して下さい。

(2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

その他、当日にご利用者の方に飲酒等の行為があり、ヘルパーが適切なサービスを提供出来そうに無い時は、当日にキャンセル料をいただき、中止できるものとします。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合で、体調不良等の正当な理由が無い場合	当日の利用料の10%

(3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。但し、実際のサービス提供に当たっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する事由をあきらかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合はご契約者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

契約者は「4. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護等サービスの実施に関する指令・命令

訪問介護等サービスの実施に関する指令・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護等サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護等サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為又は医療補助行為
- ②ご契約者もしくはその家族等からの物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及び喫煙
- ⑤ご契約者の家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

9. 個人情報を用いる場合の同意

当事業者が、サービスを提供する上で、サービス担当者会議等において、ご利用者またはその家族等の個人情報を用いることに同意していただきます。

また、特定個人情報（マイナンバー）についての取扱いは一切行っておりません。

10. 事故発生や緊急時における対応方法

ご利用者への事故、ご利用者の状態が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにご家族、主治医に連絡するなどの処置を講じるとともに、管理者に報告します。また、緊急連絡先名簿に載せる電話番号をお聞きすることに同意いただきます。

11. 虐待防止法等について

事業所の管理者、従業者は、虐待防止法等に基づき、ご利用者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合には、秘密保持義務の例外として市に通報するものとします。

1 2. 損害賠償について

(1) 損害賠償がなされる場合

契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

1 3. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（苦情解決責任者） 山腰邦彦
（苦情受付担当者） 泉原美由紀・内海良介
（電 話） 0 5 7 7 - 7 3 - 7 7 1 5
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日
8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

(2) 行政機関その他苦情受付

吉 城 福 祉 会	所在地：岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号 電話番号：0577-73-7715 受付時間：午前8：00～午後5：00
-----------	--

第 三 者 委 員	佐 野 光 弘 (電話 0 5 7 7 - 7 3 - 2 5 2 3) 岩 佐 美 保 子 (電話 0 5 7 7 - 7 3 - 5 4 8 9)
飛 騨 市 役 所 地 域 包 括 ケ ア 課	所 在 地 : 岐 阜 県 飛 騨 市 古 川 町 若 宮 二 丁 目 1 番 6 0 号 電 話 番 号 : 0 5 7 7 - 7 3 - 7 4 6 9 受 付 時 間 : 午 前 8 : 3 0 ~ 午 後 5 : 1 5
国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会 介 護 保 険 課 苦 情 相 談 係	所 在 地 : 岐 阜 県 岐 阜 市 下 奈 良 2 - 2 - 1 岐 阜 県 福 祉 ・ 農 業 会 館 内 電 話 番 号 : 0 5 8 - 2 7 5 - 9 8 2 6 受 付 時 間 : 午 前 9 : 0 0 ~ 午 後 5 : 0 0

令和 年 月 日

訪問介護等保険対象外サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 吉城福祉会

説明者 職 名 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護等保険対象外サービスの提供開始に同意しました。また、個人情報を用いることについても同意いたしました。

利用者 住 所 飛 騨 市

氏 名 印

代理人 住 所 飛 騨 市
(代筆者)

氏 名 印