# 東恵園指定（介護予防）多機能サービスかみはなわ
# 入院中の自費サービス事業　重要事項説明書

あなた様（又はあなた様のご家族様）が利用しようと考えている入院中の自費サービス事業について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて（平成 30 年 9 月 28 日老推・老高・老振・老老第 1 号）」の内容に基づき、入院中の自費サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 1　入院中の自費サービスを提供する事業者について

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人　花輪ふくし会 |
| 代表者氏名 | 理事長　　丸　岡　克　彦 |
| 本社所在地<br>（連絡先及び電話番号等） | 秋田県鹿角市花輪字案内 63 番地 1<br>電話 0186-22-4000　FAX 0186-22-4141 |
| 法人設立年月日 | 昭和 40 年 4 月 6 日 |

## 2　ご利用者様に対して入院中の自費サービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 東恵園指定（介護予防）多機能サービスかみはなわ |
| 開設年月日 | 平成 27 年 4 月 1 日 |
| 事業所所在地 | 秋田県鹿角市花輪字上花輪 139 番地 1 |
| 責任者 | 東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優 |
| 連絡先<br>相談担当者名 | 電話 0186-22-4082　FAX 0186-25-8838<br>馬渕美幸、戸舘尚子 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 鹿角市全域 |
| 最寄駅からの距離 | JR「鹿角花輪駅」から車で 3 分 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 入院中のご利用者様が、退院後も可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう医療との連携を図り、生活上の留意点・今後の経過・期待されるリハビリテーションの効果・予測される変化やリスク等を把握し、退院へつながる適切な支援を行います。 |
| 運営の方針 | ご利用者様の人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、医療専門職からの情報収集、情報提供を受ける等の連携・協働を図り、ご利用者様が抱える介護・医療・予防等に関するニーズに適切に対処するため、入院中の自費サービスを提供します。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 毎週月曜日から日曜日まで（365 日体制）となっております。ただし、緊急の場合は休業をいただく場合もございます。 |

| 営　業　時　間 | 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとなっております。 |
|---|---|

(4) 当事業所の職員体制

| 管　理　者 | 馬渕美幸 |
|---|---|
| 入院中の自費サービス提供の責任者 | 馬渕美幸、戸舘尚子 |

| 職 | 職　務　内　容 | | 人 員 数 |
|---|---|---|---|
| 介護従事者 | 1　ご利用者様の心身の状況を的確に把握し、適切な援助を行います。 | | 常　勤　10 名<br>非常勤　2 名 |
| | 資 格 等 | 介護福祉士、初任者研修修了、ヘルパー2 級、看護師 | |

**3　提供する入院中の自費サービス事業の内容**

(1) 提供する入院中の自費サービスの内容について

| 区分と種類 | 入院中の自費サービス事業の内容 |
|---|---|
| 入院中の自費サービス | 月途中で入院し介護保険サービス（以下、「多機能サービスかみはなわ」という。）の登録を継続しない、又は 1 ヶ月間に「多機能サービスかみはなわ」からのサービス提供がない場合の入院中の支援等（医療連携に関するもので、医療関係者からの指示やご利用者様又はご家族様から指示があり、かつ職員が対応できる時間)。<br>※ご利用者様、又はご家族様の同意を得てからサービス提供します。 |
| サービス内容の記録 | サービス提供後、「活動記録票」にサービス内容を記録し、その写しをご利用者様にお渡しします。 |

(2) 入院中の自費サービス事業の禁止行為

入院中の自費サービス事業の職員は、サービスの提供に当たって次の行為は行いません。

① 医療行為
② ご利用者様が入院する、又は入院されている、又は入院されていた医療機関への入退院支援、ご家族様の送迎
③ ご利用者様又はご家族様からの金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
④ ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
⑤ 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑥ その他ご利用者様又はご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

**4　提供する入院中の自費サービスのご利用者様の負担額について**

(1) 提供する入院中の自費サービスのご利用者様の負担額については、以下のとおりです。

| ご利用者様の介護保険負担割合 | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
|---|---|---|---|---|
| 基本料金 | 15 分まで | 500 円 | 1,000 円 | 1,500 円 |
| | その後、15 分を増すごとに | 500 円 | 1,000 円 | 1,500 円 |

(2) 入院中の自費サービス提供時間は、職員が事業所（秋田県鹿角市花輪字上花輪 139 番地 1）を出発してから事業所へ戻るまでに所要した時間すべてとなります。
(3) ご利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合により、負担額が変動いたします。
(4) 利用料、又はその他の費用が変更になる場合は、入院中の自費サービス提供の 1 ヶ月前までにご利用者様へ文書でお知らせいたします。又、料金変更後は、ご利用者様から同意をいただいてからの入院中の自費サービス提供となりますので､予めご了承ください。

## 5　ご利用者様の負担額の請求及び支払い方法について

| | |
|---|---|
| ご利用者様の負担額の請求方法等 | 1　ご利用者様の負担額は入院中の自費サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>2　上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 18 日までに、ご利用者様宛て（郵送）にお届けいたします。<br>3　請求書等は原則としてご利用者様宛てでのお届けですが、ご利用者様と居住地の異なる方へのお届けをご希望の場合は、予めお知らせくださいますようお願いいたします。 |
| ご利用者様の負担額の支払い方法等 | 1　請求月の 25 日（金融機関が休日の場合は前営業日）までに、指定口座からの引き落とし、現金、銀行振込のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>（ア）指定口座から引き落としができる金融機関は次のとおりです。<br>・秋　田　銀　行（支店は問いません）<br>・北　都　銀　行（支店は問いません）<br>・かづの農協（支所は問いません）<br>・ゆうちょ銀行（支店は問いません）<br>（イ）現金でお支払される場合は、当事業所又は東恵園地域生活支援センター(住所:秋田県鹿角市花輪字古館 5 番地 1)へ直接お越しください。なお、提供した職員へ手渡した場合は、活動記録票に内訳を記載することで受領の証といたしますので、予めご了承ください。<br>（ウ）銀行振込の手数料は、ご利用者様がご負担ください。<br>秋田銀行　花輪支店　普通　607912<br>トウケイエンチイキセイカツシエンセンター　センター長　ハナタ　ユウ<br>東恵園地域生活支援センター センター長　花田　優<br>2　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)。 |

※　ご利用者様の負担額の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 1 ヶ月以上遅延した場合、事由を示した文書を通知し、入院中の自費サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。なお、未払い分の支払後にサービス利用をご希望の場合は、再契約いただくことになりますので、予めご了承ください。

## 6　入院中の自費サービスの提供にあたって

(1) 入院中の自費サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）並びに介護保険負担割合を確認させていただきます。被保険者の住所等に変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

⑵ 入院中の自費サービス提供前に、管理者等が主治医等の意見を確認いたします。ご利用者様が感染症等を有し、入院中の自費サービス提供に重大な影響を与えるおそれがある等やむを得ない場合には、治癒するまでは入院中の自費サービスの提供をお断りいたします。ただし、職員による感染対策を講じるとともに、医療機関等の可否判断により、入院中の自費サービスを提供できる場合がございます。

⑶ 入院中の自費サービス事業の職員に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、ご利用者様の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

⑷ サービス利用にあたり、ご利用者様及びそのご家族様に留意いただきたい事項として、次の行為は禁止していただきます。

① 職員に対する身体的暴力（叩く、つねる、蹴る、物を投げる、唾を吐く等身体的な力を使用して危害を及ぼす行為）

② 職員に対する精神的暴力（大声で威圧する、長時間にわたり怒鳴る、理不尽な要求、暴言等、個人の尊厳や人格、能力を否定し言葉や態度で傷つけ、おとしめたりする行為

③ 職員に対するセクシャルハラスメント（不必要に身体を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする、サービス提供に無関係に下半身を露出して見せる、その他職員が嫌がる性的な行為をする等）

④ その他、職員個人に対する誹謗中傷や脅迫行為等

## 7 秘密の保持と個人情報の利用・保護について

| | |
|---|---|
| ご利用者様及びそのご家族様に関する秘密の保持について | ① 当事業者は、ご利用者様又はそのご家族様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び当法人が策定した「個人情報保護方針」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものといたします。<br>② 当事業者及び当事業者の使用する者（以下「職員」という。）は、入院中の自費サービス提供をする上で知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。<br>③ 又、この秘密を保持する義務は、入院中の自費サービス提供契約が終了した後においても継続いたします。<br>④ 当事業者は、職員に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を職員との雇用契約の内容といたします。<br>⑤ 上記にかかわらず、当事業者は「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」に定める通報を行うことができるものとし、その場合、当事業者は、秘密保持義務違反の責任を負わないものといたします。 |

## 8 緊急時の対応方法について

入院中の自費サービス提供中に、ご利用者様に関することでの緊急時及びその他必要な場合は、速やかにご利用者様が予め指定する以下の連絡先に連絡いたします。

| | | |
|---|---|---|
| ご家族様等緊急連絡先 | ① | 氏　　名　　続柄<br>電話番号<br>勤務先等 |
| | ② | 氏　　名　　続柄<br>電話番号<br>勤務先等 |

## 9　事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する入院中の自費サービスの提供により事故が発生した場合は、鹿角市、ご利用者様のご家族様等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

又、ご利用者様に対する入院中の自費サービスの提供により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。ただし、当事業所に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

| | |
|---|---|
| 鹿角市福祉保健センター<br>介護保険担当 | 所 在 地　秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地<br>電話番号　0186-30-0234（直通）<br>受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み） |

なお、当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | | |
|---|---|---|
| 損害賠償<br>責任保険 | 保険会社名 | 社会福祉法人　全国社会福祉協議会 |
| | 保　険　名 | 社会福祉施設総合損害補償（しせつの損害補償） |
| | 補償の概要 | ①基本補償　②見舞費用補償　③訪問・相談等サービス補償<br>④個人情報漏えい対応補償　⑤傷害事故補償 |

## 10　入院中の自費サービス提供の記録について

(1) 入院中の自費サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は入院中の自費サービスを終了した日から 5 年間保存いたします。

(2) ご利用者様は、当事業者に対して保存される入院中の自費サービス提供記録の閲覧及び実費を支払うことにより、複写物の交付を請求することができます。

## 11　契約の解約方法、終了について

(1) ご利用者様は当事業者に対して口頭や文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。解約料金は一切かかりません。

(2) 当事業所はやむを得ない事情がある場合、ご利用者様に対して 1 ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書を通知し、この契約を解約することができます。

(3) 次の事由に該当した場合は、ご利用者様が口頭や文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

① 当事業者が正当な理由なく入院中の自費サービスを提供しない場合

② 当事業者が守秘義務に反した場合

③ 当事業者がご利用者様やそのご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

④ 当事業者が倒産した場合

(4) 次の事由に該当した場合は、当事業所が文書で通知することにより、直ちにこの契約を

解約することができます。

① ご利用者様の入院中の自費サービス利用料金の支払いが１ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、料金が支払われない場合

② ご利用者様又はそのご家族様等が当事業者及び他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

なお、背信行為の具体的な例としては、

ア 重要事項説明書や契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により、サービス提供を受けたとき

イ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき

ウ 当事業者及び職員に対して、暴言・暴力・セクハラ・ストーカー等の行為があったときや「6 入院中の自費サービスの提供にあたって」(4)の規定に反したとき

エ 当事業所の方針や規則を守れず、又、当事業者及び職員に対して迷惑行為（騒音・窃盗・泥酔状態でのサービス利用等）を行ったとき

等が挙げられます。

(5) 以下の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了いたします。

① ご利用者様が介護保険施設に契約入所された場合

② ご利用者様が居宅介護支援サービス、又は他の地域密着型サービスを受けることとなった場合

③ ご利用者様の要介護認定が、非該当、又は事業対象者となった場合

④ ご利用者様がお亡くなりになった場合

## 12 ご利用に際してのお願いについて

(1) 都合が悪くなった場合はご連絡のうえ、ご利用のお休みをお願いいたします。ご連絡がない場合等、キャンセル料を請求させていただきます。

<table>
<tr><td rowspan="5">キャンセル料</td><td colspan="2">利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>提供予定時間の 1 時間前までにご連絡をいただいた場合</td><td>キャンセル料は不要です。</td></tr>
<tr><td>提供予定時間の 1 時間前までにご連絡がなかった場合</td><td>当該基本料自己負担分の半額を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>提供時にキャンセルされた場合</td><td rowspan="2">当該基本料自己負担分の全額を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>提供の際に不在だった場合</td></tr>
</table>

(2) ご利用者様又はご家族様による職員のご指名はお断りしておりますので、予めご了承ください。

## 13 入院中の自費サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した入院中の自費サービス事業に係るご利用者様及びそのご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置しております。（下表「事業者の窓口」のとおりです）

(2) 苦情申立の窓口

| | |
|---|---|
| 事業者の窓口 | 所 在 地　秋田県鹿角市花輪字古館 5 番地 1<br>電話番号　0186-31-0100<br>受付時間　午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで<br>担 当 者　東恵園地域生活支援センター　管理課長　餅田幸之<br>責 任 者　東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優<br>第三者委員　サービス点検調整委員　代　表　水野　昇 |
| 鹿角市<br>福祉保健センター<br>介護保険担当 | 所 在 地　秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地<br>電話番号　0186-30-0234（直通）<br>受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み） |
| 秋田県福祉サービス<br>相談支援センター | 所 在 地　秋田県秋田市旭北栄町 1-5　秋田県社会福祉会館内<br>電話番号　018-864-2726<br>受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み） |

**重要事項説明の年月日**

| | |
|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　月　　日 |

上記内容について、「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて（平成 30 年 9 月 28 日老推・老高・老振・老老第 1 号)」に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業者 | 所在地 | 秋田県鹿角市花輪字案内 63 番地 1 | |
| | 法人名 | 社会福祉法人　花輪ふくし会 | |
| | 事業所 | 所 在 地 | 秋田県鹿角市花輪字上花輪 139 番地 1 |
| | | 事業所名 | 東恵園指定（介護予防）多機能サービスかみはなわ<br>入院中の自費サービス事業 |
| | | 責 任 者 | 東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優　印 |
| | | 説 明 者 | 管理者　　馬渕　美幸　印 |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

| | | |
|---|---|---|
| ご利用者 | 住　　所 | |
| | 氏　　名 | 印 |
| | 電話番号 | |
| 身元引受人<br>本人との関係<br>（　　） | 住　　所 | |
| | 氏　　名 | 印 |
| | 電話番号 | |
| 連帯保証人<br>本人との関係<br>（　　） | 住　　所 | |
| | 氏　　名 | 印 |
| | 電話番号 | |
| 法定代理人<br>本人との関係<br>（　　） | 住　　所 | |
| | 氏　　名 | 印 |
| | 電話番号 | |