

訪 問 介 護(日常生活支援総合事業)

【重要事項説明書】

様に対する訪問介護の提供開始にあたり、事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所の名称	ふるまい訪問介護	県指定年月日	平成11年12月15日
		指定番号	1571100062
所在地	見附市 新幸町 7-11		
電話番号	0258-86-8009		
営業日	年中無休	管理者	山田 陽子
営業時間	午前8時15分から午後17時30分(サービス提供は利用者の要望に対応します)		
通常の事業実施区域	見附市		

2. 従業者の勤務体制及び職務内容

職種	員数			職務内容
	常勤	非常勤	計	
管理者	1		1	業務全般の管理
サービス提供責任者	2		2	介護サービス全般の調整・管理
訪問介護員(介護職員初任者研修修了者)	1		1	訪問介護サービスの提供・実施者
訪問介護員(介護福祉士)	2	2	4	

3. 提供するサービスの内容

訪問介護・総合事業(予防訪問介護相当サービス)は、訪問介護員が利用者のお宅に訪問し、入浴、排泄、食事の介助、調理、洗濯、掃除等の身の回りの世話、生活等に関する相談及び助言を行うことで、社会的孤立感の解消及び、精神的負担の軽減を図るサービスです。

なお、「訪問介護」は、サービスの内容により、「身体介護が中心である場合(身体介護中心型)」、「生活援助が中心である場合(生活援助中心型)」の2つに区分されます。

それぞれの内容は、次の通りです。

(1) 身体介護

利用者の身体に直接接触して行う介助並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上の為に介助及び専門的な援助を行います。

(例) 排泄・食事介助・清拭・入浴・身体整容・体位変換・移動・移乗介助・外出介助
起床及び就寝介助・服薬介助・自立支援の為に見守り援助 等

(2) 生活援助

家事を行うことが困難である利用者に対して、家事の援助を行います。

(例) 掃除・洗濯・ベッドメイク・衣類の整理・被服の補修・一般的な調理・配下膳・買い物
薬の受け取り 等

4. 業務取扱い方針

あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」又は「介護予防サービス支援計画表」と、訪問介護事業者の作成する「(介護予防)訪問介護計画」に従い、在宅においてできる限り自立した生活が送れるよう、サービスを提供します。

5. サービス提供責任者

あなたへのサービス提供の責任者は、次の通りです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏名	山田 陽子(介護福祉士)	職種	管理者兼サービス提供責任者
連絡先(電話番号)	0 2 5 8 - 8 6 - 8 0 0 9		

6. 利用料金

(1) 利用料金負担金

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、利用料の全額をご負担いただきます。(一定以上の所得がある方は2割又は3割の額になります。)

【訪問介護費】

(単位:円)

介護種類	時間帯	20分未満	20分～30分未満	30分～60分未満	60分～90分未満	以後30分ごと		
□ 身体介護	8時～18時	163	244	387	567	82		
	6時～8時	204	305	484	709	103		
	18時～22時							
介護種類	時間帯	20分以上45分未満	45分以上		※身体介護に引き続き生活援助を実施した場合	20分～44分	44分～70分	70分以上
□ 生活援助	8時～18時	179	220			65	130	195
	6時～8時	224	275			81	163	244
	18時～22時							

※通常の実施区域以外(中山間等)の利用者へのサービス提供は、5% 加算となります。

【介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス費】

(単位:円)

サービスの種類		個人負担	利用目安
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/211	1176円/月	1週に1回程度
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/212	2349円/月	1週に2回程度
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/213	3727円/月	1週に2回を超える場合
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/221	287円/回	訪問型サービスである場合。
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/222	179円/月	生活援助が中心(20分以上45分未満)
<input type="checkbox"/>	訪問型独自サービス/223	220円/月	生活援助が中心(45分以上)
<input type="checkbox"/>	訪問型独自短時間サービス/2	163円/回	短時間の身体介護が中心

※訪問介護事業所と同一敷地内に居住されている場合(サービス付高齢者向け住宅等)10%の減算となります。

※サービスの提供時間や訪問回数の頻度については、利用者の身体状況、目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更される場合があります。その場合、月の途中での支給区分変更は不要です。利用者負担額は、日割り計算とします。

※通常の実施区域以外の利用者へのサービス提供は、5% 加算となります。

※「身体介護中心」および「家事援助中心型」の提供にあたり、利用者の同意を得て、同時に二人の訪問介護員が訪問しサービス提供を行った場合、上記利用額の2倍額となります。

※上記の利用額は、厚生労働大臣の告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記利用額も自動的に改定されます。なお、その場合、事前に新規利用額を書面にてお知らせします。

【加算】

<input type="checkbox"/> 初回加算	新規のご利用者に、初回訪問と同月内にサービス提供責任者が訪問介護を行うか、他の訪問介護員に同行訪問する場合。	200単位/ 月
<input type="checkbox"/> 緊急時訪問介護加算(要介護 者対象)	ご利用者やその家族からの依頼により、ケアマネージャーが必要と認めた時、サービス提供責任者または訪問介護員が、サービス計画にない訪問介護(身体介護)を提供した場合。	100単位/回
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(I)	リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師・理学療法士等からの助言を受ける体制を構築し計画を作成、定期的に状態把握と助言を受ける場合。	100単位/月
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(II)	訪問・通所リハビリテーションの医師・理学療法士等とサービス実施時にサービス提供責任者が同時にご利用者様宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画書を作成した場合。	200単位/月
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算	日常生活自立度判定Ⅱ以上の者が、一定数以上利用。専門的な研修を受けた者を一定数以上配置。	(I) 4単位/日 (II) 3単位/日

<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の待遇改善の為の加算	所定単位数に24.5%乗じた単位
<input type="checkbox"/> 特定事業所加算(Ⅱ)	国の基準を満たした事業所が算定条件	所定単位数に10%乗じた単位

(2) (1)の利用料金は、1ヶ月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月23日に、お客様のご指定の口座より引き落とします。
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の翌月23日までに、現金にてお支払いをお願いします。

7. サービスの中止

(1) あなたの都合によりサービスの利用を中止(キャンセル)する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先(電話番号): 0 2 5 8 - 8 6 - 8 0 0 9

(2) 体調の急変などでサービス利用を中止する場合、キャンセル料はいただきません。ただし、ご利用者様のご都合で、当日訪問した先でのキャンセルに対しては、当該サービスの料金の半額をキャンセル料として頂戴いたします。

※月額料金の場合は、当日訪問先でのキャンセルに対しては、月額料金を利用予定回数で除した金額の半額をキャンセル料金として頂戴いたします。

8. 緊急時における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規定に定められた緊急時の対応方法に基づき、速やかに主治医への連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医	氏名		
	連絡先		
ご家族	氏名		
	連絡先		

9. 事故発生時等の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	ふるまい訪問介護
苦情解決責任者	樋口 泰之・山田陽子
連絡先(電話番号)	0 2 5 8 - 8 6 - 8 0 0 9

(2) 当事業所に対する苦情は、次の機関に申し立てることができます。

苦情受付機関	
見附市健康福祉課	0 2 5 8 - 6 1 - 1 3 5 0
新潟県国民健康保険団体連合会	0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2

11. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用にあたって、あなたに注意していただきたいことは次の通りです。

(1) サービス利用中に気分が悪くなった時は、訪問介護員に直ちにお申し出下さい。

- (2) サービス提供時間は、急変等、特別な時間を除いて時間厳守となります。他利用者のご迷惑にならないようご注意ください。
- (3) 体調の変化などでサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに当該事業所（電話：86－8009）までご連絡下さい。
- (4) サービス利用の変更・追加は訪問介護員の稼働状況により、利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日を利用者に提示するほか、他事所を紹介するなど必要な調整をいたします。
- (5) 訪問介護員は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
 - 2) 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり。
 - 3) 利用者もしくはそのご家族からの金銭又は物品、飲食の授受。
 - 4) ご契約者の家族等に対するサービスの提供。
 - 5) 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
 - 6) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く）
 - 7) その他利用者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為。

12. 第三者による評価の実施状況等

第三者による 評価の 実施状況	1 あり	実施日	年	月	日
		評価機関名称			
		結果の開示	1 あり	2 なし	
	2 なし				

13. 虐待防止に関する事項

事業所は虐待発生又は、その再発を防止する為の措置を講じます。サービス提供中に利用者に係る者（職員や利用者家族等）による虐待を受けたと思われる事象を発見した場合、速やかに市町村及び関係機関に通報するものとします。

14. 感染症対策に関する事項

事業所において感染症の発生、又は蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。

- (1) 職員等の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (2) 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の指針を整備します。
- (3) 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (4) 職員に対し、感染症の予防及び蔓延防止の為の研修及び訓練を定期的実施します。

15. 災害発生の対応に関する事項

災害発生時は、関係機関からの情報や被害状況を把握し、安全を確認した上で利用者の安否確認や必要な支援及び関係機関との連携を行います。

16. ハラスメントに関する事項

事業所は、職員の安全確保と、安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向けての取り組みを行います。事業所では、「身体的暴力」「精神的暴力及びセクシャルハラスメント等を総称して、「ハラスメント」と定義します。

下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為。
 - (2) 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) 意に添わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的嫌がらせ行為。
- 上記に関しては、当該法人職員、取引先事業者、利用者及びその家族等が対象となります。

ハラスメント事案が発生した場合、即座に対応し再発防止策を検討します。

職員に対し、ハラスメントに関する基本的な考え方について研修を実施します。相談窓口を設置し、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談・環境改善・利用契約の解除等の措置を講じます。

17. 事業継続に向けた取り組みに関する事項

事業所は、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為、非常時の体制下で早期の業務再開を図る為の計画(事業継続計画)を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

サービスの提供開始にあたり、上記の通り説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	見附市本所1丁目25番52号
	法人名	(株)生活サポーターふるまい
	代表者	代表取締役 皆川 敬 (印)
	事業所名	ふるまい訪問介護
	説明者	

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文章が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者	ご住所
	お名前 (印)

<input type="checkbox"/> 代理人	ご住所
<input type="checkbox"/> 立会人	お名前 (印)