

指定訪問介護（ホームヘルプ）
第一号訪問事業（訪問介護独自サービス）
重要事項説明書

指定訪問介護事業所 土筆

当事業所は介護保険の指定を受けています。
北海道指定第0177500162号

当事業所はご利用者に対して指定訪問介護サービスを提供致します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通りご説明いたします。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果【要介護・要支援】と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

★★目次★★

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 営業日及び営業時間
4. 職員の体制
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. サービスの利用に関する留意事項
7. 苦情の受付について
8. 事故発生時の対応
9. 第三者評価の実施状況について
10. その他

1・事業者

1. 法人名 有限会社 ケア・コラボレート K・H
2. 法人所在地 滝川市東町4丁目2番11号
3. 電話番号 0125-22-0294
4. 代表者名 代表取締役 佐々木 和代
5. 設立年月日 平成14年5月1日

2・事業所の概要

1. 事業所の種類 指定訪問介護事業所 平成15年4月1日指定
2. 事業の目的 当事業所は介護保険法の理念に基づき、要支援、要介護となった場合においても、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援助することを目的とする。
3. 事業所の名称 指定訪問介護事業所 土筆
4. 事業所の所在地 滝川市東町4丁目2番11号
5. 電話番号 0125-26-0294 FAX番号 0125-26-0200
6. 事業所管理者 鈴木 奈美
7. 事業所の運営方針 当事業所は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、その能力に応じた日常生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行い、家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。
8. 開設年月日 平成15年4月1日

3・営業日および営業時間

営業日	年中無休
受付時間	常時（毎日）24時間
サービス提供時間	午前7時～午後23時

4・職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定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おります。

〈主な職員の配置状況〉

職種	常勤	非常勤
1. 管理者	1名	
2. サービス提供責任者（資格：介護福祉士）	3名 （管理者兼務あり）	
3. 訪問介護員等	1名	5名
(1) 介護福祉士	1名	2名
(2) ヘルパー1、2級・介護職員初任者研修課程修了者	0名	3名
4. 事務員	4名	

5・当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者のご家庭に訪問して、サービスを提供致します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。 |
|---|

1. 介護保険の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に定める額が介護保険から給付されます。

（但し、ケアプランに基づき作成された介護計画により提供されたサービス）

サービスの概要

○身体介護 入浴、排せつ、食事等の介護、

○生活援助 調理、洗濯、掃除、買い物等日常生活上のお世話をを行います。

【ご注意】次のようなサービスは、介護保険上のサービスとして提供することは認められておりませんので、ご了承願います。

1) 「本人の援助」に該当しないもの

…家族のための洗濯・調理・買い物・布団干し・主として利用者の居室以外の掃除
来客の応接（お茶などの手配等）、自家用車の洗車等。

2) 「日常生活の援助」に該当しないもの

…庭の草むしり、花木の水やり、犬の散歩等のペットの世話、家具の移動、大掃除
窓の大掛かりなガラス拭き、室内外の修理、正月等の特別な調理等。

〈要介護1～5〉

- ① 身体介護 ○入浴介助 ○排せつ介助 ○食事介助 ○体位変換 ○歩行介助
 ② 生活援助 ○調理 ○洗濯 ○掃除 ○買い物代行
 ③ 身体介護と生活援助を合わせた場合のサービス

〈サービス利用料金〉

指定訪問介護（ホームヘルプ）〈要介護1～5〉

区分	基本単位	利用料/円	利用者負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
身体介護	20分未満	163	1,630	163	326	489
	20分以上30分未満	244	2,440	244	488	732
	30分以上1時間未満	387	3,870	387	774	1161
	1時間以上1時間30分未満	567	5,670	567	1134	1701
	1時間30分以上30分毎	82	820	82	164	246
身体生活	身体介護に引き続き生活援助(20分以上)	65	650	65	130	195
	身体介護に引き続き生活援助(45分以上)	130	1,300	130	260	390
	身体介護に引き続き生活援助(70分以上)	195	1,950	195	390	585
生活援助	20分以上～45分未満	179	1,790	179	358	537
	45分以上	220	2,200	220	440	660

第一号訪問事業（訪問介護独自サービス）（要支援1・2・事業対象者）

訪問型独自サービス（Ⅰ）〈週1回程度の利用〉	1,176 単位/月	2,352 単位/月	3,528 単位/月
訪問型独自サービス（Ⅱ）〈週2回程度の利用〉	2,349 単位/月	4,698 単位/月	7,047 単位/月
訪問型独自サービス（Ⅲ）〈週3回程度の利用〉	3,727 単位/月	7,454 単位/月	11,181 単位/月

共通加算

特定事業所加算（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）	所定単位数の100分の20、⑩10、3、3		
初回加算	200/月	2,000	
緊急時訪問介護加算	100/1回	1,000	
介護職員等処遇改善加算 ①Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ	介護報酬総単位数※1× 24.5%、22.4%、18.2%、14.5%、		
生活機能向上連携加算（Ⅰ、Ⅱ）	100単位/月、200単位/月		

※1 介護報酬総単位数 = 基本サービス費 + 各種加算減算

〈割増料金〉

- 早朝加算（6：00～8：00） 25%
 夜間加算（18：00～22：00） 25%
 深夜加算（22：00～6：00） 50%

2名の訪問介護員が共同でサービスを行う必要のある場合はご契約者の同意の上で通常利用料金の2倍の料金を頂きます。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した〈サービス提供証明書〉をお渡しいたします。

2. 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金にご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超過したサービス料金にご利用者のご負担となります。

3. 交通費

サービスの提供する為に買い物等でヘルパーの車両を使用した場合に要した交通費の実費（1 Km×30円）を頂く場合がございます。

4. 利用料金のお支払

料金、費用はサービスを提供した翌月の15日までにご請求させて頂き、同月末までに自動引き落とし（郵便局・北空知信用金庫・北門信用金庫）、または集金により徴収させて頂きます。

5. キャンセル料

ヘルパーが訪問してからのご利用中止にはキャンセル料金（300円）が発生いたします。
（ただし利用者の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は請求致しません）
ご利用者の都合で利用を中止なさる場合はお早めに下記の番号までお知らせください。

連絡先 0125-26-0294 携帯 080-6067-2458

6. 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

サービスを行う介護員は、介護福祉士・ヘルパー1、2級の資格を取得したものを派遣いたします。原則、ご利用者からの訪問介護員の指名はできません。

2. 訪問介護員の交替

①ご利用者からの交替の申し出

訪問介護員の交替を希望する場合に、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理由を明らかにし、事業者に対し訪問介護員の交替を申し出ることができます。

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利用者及びその家族等に対しサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮いたします。

3. サービス実施時の留意事項定められた業務以外の禁止

利用者は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。

①訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって利用者の事情・意志等に十分に配慮するものとします。

4. 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する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
- ②ご利用者もしくはその家族等からの物品の授受
- ③ご利用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ご利用者もしくはその家族等に対し、暴言・暴力・ハラスメントなどの行為、宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

5. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ・虐待防止のための指針の整備をしています。
- ・従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

6. 居宅介護支援事業者等との連携

- ・指定訪問介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ・サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ・サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

7. 業務継続計画の策定等について

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ・従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

8. 衛生管理等

- ・訪問介護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。
- ・事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

9. ハラスメントについて

- ①事業所は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。
- ② ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった訪問介護員の心身に悪影響を与えます。下記の様な行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させて頂く場合があります。
 - (1) 性的な話をする、必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為
 - (2) 特定のヘルパーに嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
 - (3) 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
 - (4) 長時間の電話、ヘルパーや事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等その他の行為

7・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お受け致します。

- 苦情受付窓口 : 訪問介護事業所 管理者 鈴木 奈美
- 受付時間 : 当事業所営業時間 8:30~18:00

2. 行政機関その他苦情受付期間

利用者は提供されたサービスに関して苦情があった場合いつでも申し出ることができます。

滝川市介護保険課	滝川市大町1丁目2番15号 ☎0125-26-5050・FAX26-5166
各市町介護保険課	砂川市
国民健康保険団体連合会	札幌市中央区南2条西14丁目 ☎011-231-5161・FAX231-5178

8・事故発生時の対応

利用者の心身の状況に異変その他の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医あるいは協力医療機関及び緊急連絡先に連絡し、適切な処置を講じます。

9・第三者評価の実施状況

サービスの第三者評価の実施	未実施
---------------	-----

10・その他

緊急時の連絡 サービス提供時以外の緊急の場合は下記事業所の電話番号にて24時間連絡が取れる体制を整えていますのでご連絡ください。

連絡先 0125-26-0294 携帯 080-6067-2458

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

代筆者住所 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

指定訪問介護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。

指定訪問介護事業所 土 筆

説明者 氏名 _____ 鈴木 奈美 _____