

訪問介護 重要事項説明書

利用者 様

事業者 しゃかいふくしほうじん 社会福祉法人 じでんかい 慈傳会
さらさ紗ヘルパーステーション

訪問介護 重要事項説明書

この訪問介護重要事項説明書は、要介護状態にある利用者が、訪問介護サービスを受けるに際し、利用者やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や訪問介護従事者などの勤務体制等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 事業の目的

指定訪問介護事業の適正な運営を確保するために人員および管理運営に関する事項を定めて、看護師または介護福祉士及び訪問介護職員研修修了者が要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護のサービスを提供することを目的とする。

2. 運営方針

事業者の訪問介護員等は要介護者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行う。

事業の実施にあたっては関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 会社概要

(1) 本社（以下、当社と記載します）

| | |
|---------------|---|
| 法人名 | しゃがいふくしほうじん じでんかい 社会福祉法人 慈傳会 |
| 本社所在地 | ならけんかしぼしごいどうさんちようめ441ばんち 1 奈良県香芝市五位堂三丁目441番地 1 |
| 代表者氏名 | 理事長 うめだ よしほる 梅田 勝玄 |
| 代表番号 | 電話：0745-77-8680 FAX：0745-77-8734 |
| 法人が行う 他の事業 | 地域密着型特別養護老人ホーム 地域密着型特定入居者生活介護（サービス付き高齢者向け住宅） 住宅型有料老人ホーム |

(2) サービスを提供する事業所の概要（以下、当事業所と記載します）

| | |
|-------------|---|
| 事業所名 | さら ^さ 紗ヘルパーステーション |
| 所在地 | ならけんかしぼしごいどう ちようめ ばんち 奈良県香芝市五位堂三丁目454番地2 |
| 電話番号 | 0745-71-4567 |
| FAX番号 | 0745-60-8239 |
| 介護保険指定事業所番号 | 2971001512 |
| 通常の事業の実施地域 | 香芝市、大和高田市、広陵町、上牧町、王寺町の区域とする。 |

(3) 当事業所の営業日及び営業時間

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------|------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 | | | |
| 休業日 | 国民の祝日、8月12日～8月16日、12月29日～1月5日 | | | |
| 相談受付時間 | 午前 9時00分 ～ 午後 6時00分 | | | |
| サービス提供 時間帯 | 6:00～8:00 | 8:00～18:00 | 18:00～22:00 | 22:00～6:00 |
| | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 緊急を要する場合などは、上記の営業日、時間に限らずご相談を承ります。 | | | | |

(4) 当事業所の各種加算状況

| | | | |
|------------------|---|------------------|---|
| 特定事業所加算 | × | 介護職員処遇改善加算 I | ○ |
| 特別地域訪問介護加算 | × | 介護職員処遇改善加算 II | × |
| 中山間地等小規模事業所加算 | × | 介護職員処遇改善加算 III | × |
| 中山間地等居住者サービス提供加算 | × | 介護職員特定処遇改善加算 I | × |
| 生活機能向上連携加算 | × | 介護職員特定処遇改善加算 II | ○ |
| 緊急時訪問介護加算 | × | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | ○ |

(5) 従事者の業務内容及び職員体制

| 職種 | 業務内容 | 人員数 |
|-----------|---|-------------------------------|
| 管理者 | ○事業所の訪問介護員等の管理、訪問介護の利用の申込に係る調整業務の施 状況の把握、その他業務の管理を一元的に行います。 ○事業所の訪問介護員等に対し、法令等で規定されている訪問介護の実施 関 する規定を遵守させるために、必要な指揮命令及び相談、指導を行います | 常勤1名 (サービス 提供責任者 兼務) |
| サービス提供責任者 | ○利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ○訪問介護計画を作成します。 ○介護職員等に対し、具体的な援助目標・援助内容を指示するとともに、 利用者の状況について情報を伝達します。 ○サービス担当者会議へ出席し、居宅介護支援事業所・関係機関との連携 を行います。 ○ご利用申し込みに係る調整をします。 ○サービス従事者への技術指導を行います。 | 常勤2名 (内1名 管理者 兼務) |
| サービス従事者 | 利用者の居宅に訪問し、身体介護、生活援助等サービスの提供を行います。 | 3名以上 |

4. サービス内容

| | |
|------|---|
| 身体介護 | <p>身体介護とは利用者の身体に直接接触して行う介助等と、日常生活に必要な機能の向上等のための介助・専門的な援助のことをいいます。</p> <p>①入浴、排泄、食事、清拭、体位変換、移動移乗介助など、利用者の身体に直接接触して行う介助ならびに、これを行うために必要な準備及び後片付けのサービス。</p> <p>②利用者の日常生活動作能力や、意欲の向上のために利用者とともにを行う自立支援のためのサービス。</p> |
| 生活援助 | <p>生活援助とは日常生活に支障が生じないように行われる、調理、洗濯、掃除等をいいます。生活援助は利用者が独り暮らし、または同居家族が障害、疾病及びやむを得ない事情のため、本人や家族がこれら家事を行うことが困難な場合に限り提供されることになっています。</p> <p style="text-align: center;">次のような行為は生活援助の内容として認められていません。</p> <p>①商品の販売、農作業など生業の援助的な行為。</p> <p>②直接本人の援助に属しないと判断される行為。 例：利用者以外の方に係る調理、洗濯、掃除、買い物等</p> <p>③日常生活の支援に該当しない行為 例：草むしり、ペットの世話、模様替え、大掃除、植木の剪定等</p> |

5. サービス提供の記録

- (1) 事業者は、訪問介護の実施ごとに、サービス内容等を記録した訪問介護実施報告書を作成します。
- (2) 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約のサービス提供の日より5年間保管します。
- (3) 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録を閲覧できます。
- (4) 利用者は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

6. 利用料金

(1) 基本料金（消費税非課税）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1～3割です。但し介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表－基本料金・昼間 午前8時00分～午後6時00分】

| サービス時間 | 20分未満 | 20分以上 30分未満 | 30分以上 60分未満 | 60分以上 | 以後30分 ごと |
|--------|-------|----------------|----------------|-------|-------------|
| 身体介護 | 1664円 | 2491円 | 3951円 | 5789円 | 837円 |

| サービス時間 | 20分以上 45分未満 | 45分以上 | 身体介護に引続き生活援助を行う場合 | | |
|--------|----------------|-------|-------------------|-------|-------|
| | | | 20分以上 | 45分以上 | 70分以上 |
| 生活援助 | 1828円 | 2246円 | 664円 | 1327円 | 1990円 |

*基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

*2名の訪問介護員によりサービスを提供する必要があると判断される場合には、利用者の同意を得た上で通常利用料金の2倍の料金をいただきます。

- *緊急時に計画外のサービスを提供する場合があります、そのサービスが介護保険外のサービスにある時には、利用者より別途料金をいただくことがあります。
- *介護保険適用の場合でも保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は基本料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口にて提出して払戻しを受けてください。

(2) 初回加算（非課税）

新規にサービス契約を結んだ初月にサービス提供責任者によるサービスの提供、または同行訪問があった場合に所定単位数が加算されます。

| 該当要件 | 加算単位 |
|--|--------|
| 新規にサービス契約を結んだ初月。 (過去二か月に当該事業所よりサービス提供を受けていない) | 200 単位 |

(3) 生活機能向上連携加算（非課税）

| 該当要件 | 加算単位 |
|--|--------|
| ①サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等による訪問リハビリテーションに同行し、当該理学療法士等と共同して実施したアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成し、またサービスを提供している場合。 | 100 単位 |

(4) 交通費（課税）

上記サービス提供事業所の営業地域以外の利用者は、サービス従事者が訪問するための交通費の実費が必要となります。

| 移動交通手段 | 負担していただく交通費 |
|------------------|-------------|
| 事業所より（片道 3km 未満） | 500 円 |
| （片道 3km 以上） | 800 円 |

- *通院介助に於ける利用者の居宅と病院の往復により移動交通費（サービス従事者の移動交通費を含みます）が発生する場合には、原則として利用者の負担となります。
- *買い物代行サービスに於ける利用者の居宅と商店の往復により移動交通費が発生する場合には、原則として利用者の負担となります。
- *サービス従事者の移動手段は地域により異なります。

(5) 訪問介護サービス計画及び利用料金の見積り

居宅サービス計画に基づいて提供する訪問介護計画及びその利用料金の見積りは、「訪問介護サービスご利用確認票」に記載のとおりです。なお、「訪問介護サービスご利用確認票」は、居宅サービス計画の変更により訪問介護計画の変更があった場合、変更が軽微で一過性のものを除き、新たに利用者へ交付しその内容を確認するものとします。

(6) お支払方法

利用料金（自己負担金）については、毎月月末締めとし翌月 20 日までに料金の請求をいたします、26 日までに次のいずれかの方法によるお支払をお願いします。

- ① 口座引き落とし
(ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落とします)。
- ② 現金払い
(月 1 回規定日にお支払いください)。

③銀行振込

(期日までに利用者にてお振り込み手続をお願いします。なお手数料は利用者負担となります)。

- ④居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が基本料金をお支払い下さい。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分を請求してください。

7. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

| | |
|-------------|---------------|
| キャンセルの連絡先名称 | さら紗ヘルパーステーション |
| 連絡先電話番号 | 0745-71-4567 |

- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の前営業日の午後 5 時までにご連絡下さい。それ以降のご連絡のない無断のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので予めご了承下さい。但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- (3) キャンセル料は、利用者の自己負担金に合わせてお支払いいただきます。

| 時間 | キャンセル料 | 備考 |
|-----------------------|-----------|----|
| サービス利用日の前営業日の午後 5 時まで | 無料 | |
| 上記以降 | 基本料金の 50% | |

8. サービスの利用方法

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

*居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

9. 相談・要望・緊急対応要請・苦情などの当事業所窓口

訪問介護サービスに関する相談、要望、緊急対応要請・苦情などは専門相談員か下記窓口までお申し出下さい。

- (1) 当事業所のサービス相談、要望、緊急対応要請、苦情等窓口

| | |
|---------|-----------------------------|
| 事業所名 | さら紗ヘルパーステーション |
| 電話番号 | 0745-71-4567 |
| 受付時間 | 営業日の午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分 |
| 受付担当者 | 管理者 井田 良一 |
| 苦情解決責任者 | 管理者 井田 良一 |
| 備考 | |

- (2) 当事業所以外の当社サービス相談、要望、苦情等窓口

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 店所・担当部署名 | 社会福祉法人 慈傳会 伊藤 陽子 |
| 電話番号 | 0745-77-8680 |
| 営業日 | 原則として土曜日、日曜日、年末年始(12/29～1/5)を除く毎日 |
| 受付時間 | 営業日の午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分 |
| 備考 | |

(3) 外部の苦情申し立て機関

| | |
|-------------------------|---|
| お住いの市区町村の苦情窓口 担当部署名 | かしはしやくしよ かいごふくしか 香芝市役所 介護福祉課 |
| 所在地 | 香芝市逢坂一丁目 374 番地 1(香芝市総合福祉センター) |
| 電話・FAX 番号 | 電話番号 0745-79-7521・FAX 番号 0745-79-7532 |
| 受付時間 | 月～金曜日(土日祝除く)午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 |
| 都道府県国民健康保険団体連合会 担当部署 | ならけんこくみんけんこうほけんだんたいれんごうかい 奈良県国民健康保険団体連合会 |
| 所在地 | 奈良県橿原市大久保町 302-1 |
| 電話・FAX 番号 | 電話番号 0744-29-8311・FAX 番号 0744-29-8322 |
| 受付時間 | 月～金曜日(土日祝除く)午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 |

* 苦情への対応について

当事業所は、利用者に対して、自ら提供した訪問介護サービスに係る苦情を受付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ① 苦情の受付
- ② 苦情内容の確認
- ③ 苦情解決責任者等への報告
- ④ 利用者への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤ 苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥ 再発防止及び改善の実施
- ⑦ 記録の整備の実施
- ⑧ 利用者への苦情解決結果の説明・同意
- ⑨ 苦情解決責任者等への最終報告

1 0. 第三者評価の実施状況

第三者による評価

| | | | |
|-------------------|------|--------|-----------|
| 第三者による 評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |

1 1. 緊急時の対応方法

- ① サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。
- ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の連絡先に利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

主治医・医療機関名

住所

電話番号

主治医氏名

ご家族等緊急連絡先

氏名

続柄

住所

電話番号

1 2. 事故発生時の対応方法

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する居宅介護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。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しております。

| | |
|-------|---------------------|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損保 |
| 保険名 | 賠償責任保険（介護保険事業） |
| 保障の概要 | 介護業務における第三者への賠償責任保険 |

1 3. 担当者の変更等

利用者のご事情により、担当訪問介護員の変更を希望される場合は、「9（1）または（2）当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口」までご連絡ください。

1 4. 秘密保持及び個人情報保護について

- （1）当社は業務上知り得た利用者及びそのご家族等の秘密・個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がない場合以外には開示しません。
- （2）当社はそのサービス提供上知り得た利用者及びそのご家族等の秘密・個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより退職後も同様とします。
- （3）当社は必要な範囲において利用者及びそのご家族等の個人情報を取扱います。なお、利用者及びそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

【個人情報使用目的】

- ①当社サービスの提供のため。
 - ②利用者へのサービス提供について他の事業所と連携するため。（担当者会議等）
 - ③利用者及びそのご家族等へのサービス料金のご請求やその他ご連絡のため。
 - ④統計データへの利用のため。（個人を特定できるような利用は一切致しません）
 - ⑤緊急時に医療機関等へ連絡するため。
- （4）上記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。
 - （5）個人情報に関するお問い合わせにつきましては、「9（1）または（2）当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口」までご連絡ください。

1 5. 事業者の損害賠償について

- （1）事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者及びそのご家族の生命・身体・財産または名誉に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。
- （2）前項の損害賠償義務の履行を確保するため、事業者は損害賠償責任保険に加入します。
- （3）物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。
- （4）修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため購入から長年を経過した品物については賠償を致しかねることがあります。

- (5) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。
- (6) 事業者は以下の事由に該当する場合その他事業者の責に帰すべからざる事由により生じた損害については、損害賠償の責任を負わないものとします。
 - ①利用者またはそのご家族が、サービス提供のために必要な事項に関する聴取及び確認に対して、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
 - ②利用者またはそのご家族の金銭その他の財産が、事業者の責に帰すべからざる事由により紛失した場合。
 - ③サービス提供のため、利用者またはそのご家族の所有物品を通常の使用方法により使用したにもかかわらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合。
 - ④安全及び適正なサービスの提供を確保するため、事業者またはその従事者の指示、依頼に反して行った利用者またはそのご家族の行為に起因して損害が発生した場合。

1 6. 利用者の損害賠償について

- (1) 利用者及びそのご家族は、利用者またはそのご家族の責に帰すべき事由により、事業者又はそのサービス従事者の生命・身体・財産または信用に損害を及ぼした場合には、その損害賠償の責任を負うものとします。
- (2) 利用者及びそのご家族は、家屋の内外を問わず、利用者またはそのご家族が飼われている犬、猫その他のペットが、サービス従事者に危害を及ぼしたまたは負傷等をさせた場合には、本件に関する治療費を含む損害賠償の責任を負うものとします。

1 7. 虐待防止対応

- (1) 事業者は、利用者の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、責任者の設置及び対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知します。
- (2) 虐待防止のための指針の整備を行うとともに、従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じるように努めます。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- (4) 事業者は、利用者が成年後見制度を利用できるように支援を行います。
- (5) 事業者は、利用者が家族等から身体的、心理的等の虐待を受けていると知った際は関係市町村に通報等を行います

1 8. ご協力いただきたい事項

利用者およびそのご家族は、以下の事項についてご理解いただき、ご協力ください。

- (1) 利用者の疾患および心身の状況などの事項は訪問介護を行う上で、重要な情報です。詳細にお知らせいただき、従業者が行う状況把握にご協力ください。
- (2) 従事者個人の電話番号や住所はお知らせできませんので、予めご了承ください。
- (3) 従事者への仕事中的茶菓子、お礼は固くお断りしております。ご理解いただけますようお願い申し上げます

当社は、訪問介護の提供開始に当たり、訪問介護のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、利用者（またはその代理人）は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者名 しゃかいふくしほうじん じでんかい
社会福祉法人 慈傳会

所在地 ならけんかしばしごいどうさんちようめ441ぼんち1
奈良県香芝市五位堂三丁目441番地1

代表者 りしじやう うめだ よしはる 理事長 梅田 勝玄 印

<説明者>

サービス事業所名 さらしあヘルパーステーション

事業所所在地 ならけんかしばしごいどうさんちようめ454ぼんち2
奈良県香芝市五位堂三丁目454番地2

介護保険指定便号 2971001512 号

担当者名 さーびすていきようせきにんしや いだ りよういち
サービス提供責任者 井田 良一

私は、本書面により、事業者から訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、これについて同意します。

利用者 氏名： 印

住所：

代理人 氏名： 印

住所：

(利用者との続柄) 続柄：

※本人様が氏名、住所が記入できない場合、代理人の方が記入することは可能ですが、下記の欄に代筆理由を記入してください。

代筆理由