

訪問介護重要事項説明書

訪問介護サービス提供の開始に当たり、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生労働省令第37号）第8条の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

潮来市社会福祉協議会

電話 0299-63-1296 ・ 1216

（受付時間 午前8時30分 ～ 午後5時15分まで）

2. ヘルパーステーションの概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	潮来市社協 指定訪問介護事業所
所在地	茨城県潮来市辻765番地
介護保険指定番号 ・その他のサービス	訪問介護（茨城県介保指令第276号） ・居宅介護支援事業（茨城県介保指令第159号）
サービスを提供する地域	潮来市全域

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2）事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	勤務内容	計
管理者		1名		従業者及び業務の一元的管理	1名
サービス 提供責任者	介護福祉士	3名		利用申し込み調整 訪問介護員の技術指導 訪問介護計画作成	3名
	1級課程	0名			
	2級課程	0名			
事務職員		1名		必要な事務全般	1名
従業者	介護福祉士	4名 (内1名兼務)	1名	訪問介護サービス提供	5名
	1級～2級課程修了者	0名	4名	〃	4名
	看護師・准看護師	0名	1名	〃	1名

（3）サービスの提供時間等

月曜日～日曜日 午前8時00分 ～ 午後6時00分

（4）休業日

年末年始（12/29～1/3）

3. サービス内容

(1) 身体介護

食事介助・入浴介助・排せつ介助・清拭・体位変換等

(2) 生活援助

清掃・洗濯・調理・買い物・生活などに関する相談及び助言等

4. 利用料金

(1) 利用料

あなたがサービス利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料に加算等を加えた額のうち、あなたの介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額（原則として1割、一定以上の所得がある方は2割または3割）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利用をする場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【 介護サービス 】

身体介護	利用料（円）	一割負担	二割負担	三割負担
20 分未満	1,630	163	326	489
20 分以上 30 分未満	2,440	244	488	732
30 分以上 1 時間未満	3,870	387	774	1161
1 時間（※以降 30 分を増すごとに 820 円を加算）	5,670	567	1134	1701

生活援助	利用料金（円）	一割負担	二割負担	三割負担
20 分以上 45 分未満	1,790	179	358	537
45 分以上	2,200	220	440	660

身体介護に引き続き生活援助を行う場合	利用料金（円）	一割負担	二割負担	三割負担
20 分以上 45 分未満	650	65	130	195
45 分以上 70 分未満	1300	130	260	390
70 分以上	1950	201	402	603

【 予防サービス 】

	利用料金 （円）	一割負担	二割負担	三割負担
訪問型サービス（独自）Ⅰ（1月につき）	11,760 円／月	1,176	2,352	3,528
訪問型サービス（独自）Ⅱ（1月につき）	23,490 円／月	2,349	4,698	7,047
訪問型サービス（独自）Ⅲ（1月につき）	37,00 円／月	3,715	7,430	11,145

【 加算 】

	利用料金（円）	一割負担	二割負担	三割負担
初回加算	2,000	200	400	600
緊急時訪問介護加算（介護予防を除く）	1,000	100	200	300
処遇改善加算（3）	サービス利用料金の 18.2%			

〔日割り計算を行う場合〕

- ・月の途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ・月の途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※ 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間でなく、お客様のケアプランに定められた目安の時間を基準とします。

※ やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

（2）交通費

潮来市の区域にお住まいの方は無料です。

それ以外の方は、実費が必要です。

（3）キャンセル料

急なキャンセル料の場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。（連絡先 電話 0299-63-1296・1216）

ご利用の前々日までにご連絡を頂いた場合	無 料
ご利用の前日までにご連絡を頂いた場合	当該基本料金の 50%
ご利用の当日のご連絡あるいはご連絡がなかった場合	当該基本料金の 100%

（4）その他

① お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。

② 料金のお支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金徴収とします。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。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（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談ください。

(2) サービス提供を行う訪問介護員

① 担当職員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交代してサービス提供します。

サービス提供にあたり事前連絡の上、同意がえられれば同行訪問する場合があります。

② お客様からの交替申し出

選任された訪問介護員の交替を希望される場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情、その交替を希望する理由を明らかにして、当事業所に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。その場合、訪問介護サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由が無い限り、変更の申し出に応じます。

③ 事業所からの担当職員の交替

当事業所の都合により、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、ご利用者及び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し、事前に利用者の了解を得ます。

(3) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等でやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスが終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護等認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または、当事務所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを2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30日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所や従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

6. 当事業所の訪問介護の特徴等

(1) 運営の方針

これまで、ホームヘルパー派遣事業でサービス提供を行っており利用者との信頼関係も確立されており、地域における知名度も著しいことからさらに機能の充実と資質の向上に努め、お客様本位の“まごころ”のこもったサービスを提供いたします。

〈基本理念〉

- ・ サービスは居宅で提供いたします。
- ・ お客様の自立支援のためのサービスです。
- ・ 専門的なサービスです。
- ・ 総合的なサービスの中での役割を果たします。

〈基本原則〉

- ・ 訪問介護計画に基づくサービスです。
- ・ お客様のリズムに応じたサービスです。
- ・ 常にサービスの質の向上を目指しています。
- ・ 他のサービスとの連携を大切にします。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご家族	氏 名	
	連 絡 先	

8. 事故発生時の対応

- (1) ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- (3) 当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (4) ご利用者様に対するサービス提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

9. 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		

10. サービス内容に関する苦情・相談

① 潮来市社会福祉協議会 在宅福祉部

(担当者) サービス提供責任者 山野 和子

電話 0299-63-1296・1216

② 潮来市役所 高齢福祉課 介護保険グループ

電話 0299-63-1111

③ 茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話 029-301-1565

11. 当事業所の概要

所在地 茨城県潮来市辻765番地

電話 0299-63-1296・1216

名称 社会福祉法人 潮来市社会福祉協議会
「潮来市社協 指定訪問介護事業所」

代表者 会長 市川 隆 男

定款の目的に定めた事業 1. 訪問介護事業
2. 介護支援事業

12. 個人情報提供同意について

私（利用者・代理人）は、介護サービス計画書に記載された内容及び利用者に対してサービスを提供する上で知り得た情報につき、私がサービスの提供を受けるために必要な限度で、個人に関する情報を用いることに同意します。

13・虐待の防止に関する事項

1・事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発防止のため、以下の措置を講じます。

① 高齢者虐待防止検討委員会の設置 ②虐待防止のための指針の整備

② 虐待防止するための研修の実施 ④高齢者虐待防止担当者の配置

2、事業所は、当核事業従業者又は養護者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、速やかに市町村に通報するものとします。

14・身体拘束

事業所は当核利用者又は他者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の心身の状況ややむを得ない理由を記録するものとします。

15・秘密の保持

担当職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ個人情報利用同意書により得ます。

本契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

〈利用者〉

私は、契約の締結にあたって、事業者から訪問介護サービスに関する重要事項の説明に同意し、本契約を申し込みます。

住所

氏 名 印

電話 番 号

(代理人) 住 所

氏 名 印

電話 番 号

〈事業者〉

当事業所は、訪問介護のサービス提供開始にあたり、利用者に対して訪問介護サービスに関する重要事項の説明をしました。

所在地 茨城県潮来市辻765番地

事業者 社会福祉法人 潮来市社会福祉協議会
(指定番号 茨城県介保指令第276号)

代 表 者 会 長 市 川 隆 男 (印)

名 称 潮来市社協 指定訪問介護事業所

説明者氏名 (印)