

訪問介護重要事項説明書

令和 年 月 日 現在

この訪問介護重要事項説明書は、利用者が、訪問介護サービスを受けられるに際し、利用者やその家族に対し、当社の事業運営規程の概要や訪問介護事業者などの職員体制等、利用者のサービス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 当社の概要

(1) 当社及びサービス提供事業所

法人名・代表者名	有限会社 トータル・ハーモニー 代表取締役 安田恵津子
サービス提供事業所	あいあいケアサポート
所在地	岐阜県大垣市浅中2丁目116番地2
代表番号	TEL : 0584-89-8681 FAX : 0584-87-3477
介護保険指定番号	2172100576
サービスを提供する 対象地域	大垣市、養老郡、安八町、輪之内町

(2) 当事業所の職員体制

管理者	1名	従 業 者 サ ー ビ ス	介護福祉士	4名
サービス提供責任者	1名		1～2級修了者	3名
事務職員	0名		その他	0名

(3) 営業日及び営業時間

月曜日～日曜日

時間 : 営業時間 8:15～17:00

電話・サービス提供可能時間 24時間対応

(4) 事業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	サービス提供責任者などの従業者の管理、また、指定訪問介護の利用申し込み係わる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。 当事業所の従業者に、厚生省令で定められた指定訪問介護の人員基準及び運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。
サービス 提供責任者	サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標を達成するための具体的なサービスの内容等を、利用者のニーズに合わせて説明する。また、指定訪問介護の利用の申し込みに係わる調整、サービス従業者に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。
事務職員	訪問介護事業所の運営上、必要な事務処理を行います。
サービス従業者	利用者の居宅に訪問し、訪問介護サービスの実施を行います。

(5) サービスの内容

サービス区分	サービス内容
①健康維持管理	観察、バイタルチェック、服薬介助、受診時介助（通院、往診）
②環境整備	ベッド周辺、居室の整理整頓、住居の安全、衛生、照明調節、空調調節
③食事介助	見守り、部分介助、全介助：下膳、配膳、水分補給、摂取量のチェック
④排泄介助	見守り、部分介助、全面介助：トイレ誘導、ポータブルトイレ、尿器具利用、便器利用、おむつ交換、陰部臀部清拭、陰部洗浄、尿量チェック
⑤保清介助	口腔（うがい、歯磨き、義歯洗浄）、洗髪、部分清拭、全身清拭
⑥入浴介助	見守り、一部介助、全介助：入浴準備、浴後清掃、浴槽使用、シャワー浴介助、部分浴（手浴、足浴）
⑦整容介助	見守り、一部介助、全介助：整髪、爪切り、化粧、髭剃り
⑧更衣介助	見守り、一部介助、全介助：起床時、就寝時、外出時等
⑨身体機能保持促進	体位交換、拘縮予防、生活リハビリ
⑩社会生活保持促進	外出介助
⑪認知症のケア	行動への対応を致します
⑫調理	利用者のための食事の調理、配膳食後の後片づけを行います。利用者以外の家族などへの食事調理は含みません。 (介護保険外のサービスとなります。)
⑬洗濯・補修	日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み、整理、小物のアイロンがけのほか、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など、専門技術が必要なく短時間でできる範囲の補修を行います。
⑭住居の掃除・ 整理整頓	家屋内の掃除、ゴミ捨て、布団干し、日常生活用品などの整理整頓などを行います。住居内の場所は、利用者が日常生活で使用している居室、台所、トイレ、風呂場等です。非日常的な掃除は含まれません。
⑮買い物	日用品や食料品など生活必需品の買い物をを行います。買い物に伴う金銭管理には十分注意し、常に利用者の確認を得ながら行います。利用者宅から買い物に出掛けます。
⑯安否確認	訪問して利用者の安否を確認します。
- ヘルパーは、守秘義務・健康に留意してサービスの向上に努めます。 - ヘルパーは、医療行為をすることはできません。 - ヘルパーの車に利用者をお乗せすることはできません。 - ヘルパーは、茶菓子や金品の心遣いはお受けできません。 - ヘルパーの駐車場は、利用者の負担にて確保願います。 - サービス実施の為に必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。 - ヘルパーが事業所に連絡する場合等、電話も無償で使用させていただきます。 - 大掃除に相当する作業や、家具の移動（部屋の模様替え）をする事はできません。	

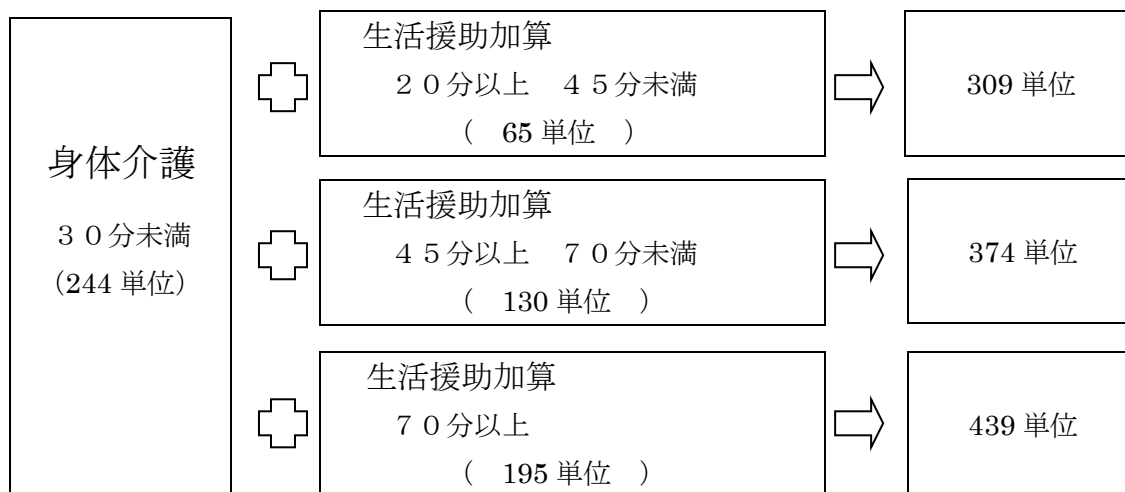
(6) 利用料金

- ① 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として料金（料金表）の1割又は2割又は3割負担です。ただし、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～午後6時】

	30分未満	30分～ 1時間	1時間～ 1時間30分	1時間30分以上 30分増すごとに
身体介護	2,440 単位	3,870 単位	5,670 単位	820 単位
サービス利用にかかる自己負担額	244 単位	387 単位	567 単位	82 単位

	20分以上 45分未満	45分以上		
生活援助	1,790 単位	2,200 単位		
サービス利用にかかる自己負担額	179 単位	220 単位		



初回加算	新規に利用される場合サービス提供責任者が自ら訪問、同行訪問した場合 200 単位
処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月あたりの介護報酬 総単位数×24.9 %

※平成27年4月1日より大垣市内の事業所は、7級地 になり 地域単価が変更されます。

【 1 単価 = 10.21 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。
- ※ 上記の料金設定の基本となる時間は、利用者の居宅サービス計画（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、利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- ※
- ※ 介護保険料滞納等で、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。その場合は利用者から利用料金全額を頂き、サービスの提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口に提出し、払い戻しを受けて下さい。
- ※ 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、一旦利用者が利用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（9割）を請求して下さい。
- ② 次条の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実費を押収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を押収する。押収する。
 - 一 事業所から、片道おおむね1キロメートル未満 30円
 - 二 事業所から、片道おおむね1キロメートル以降 30円／1Km
 （※ この場合の交通費も実費の範囲で設定すること）
- ③ 交通費：買い物等でヘルパーが車を使用した場合も使用距離に対して、30円／Km 頂きます。
- ④ 支払方法：利用料金は、翌月15日までに請求書を郵送し、翌月末までに当事業所職員が集金に伺うか、もしくは口座引落にして頂きます。

（2）キャンセル

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日午後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になりますので、ご了承ください。

ただし、利用者の様態の急変など、緊急や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。

※当日ヘルパーが訪問した際、利用者が不在だった場合やその他の理由で急にキャンセルとなった場合にも、キャンセル料がかかる事があります。

時 間	キャンセル料
サービス利用日の前日午後5時まで	無料
サービス利用日の前日午後5時以降	1,000円

（7）緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等が合った場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①

氏名		続 柄	
住所	〒	電 話	
		携 帯	

緊急連絡先②

氏名		続 柄	
住所	〒	電 話	
		携 帯	

主治医

医療機関		主治医	
住所	〒	電 話	

(8) 高齢者虐待防止

利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

- ① 研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適正な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦情を相談できる体制を整えるほか、
従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(9) サービス内容に関する相談・苦情

① 当社お客様相談・苦情担当

担当：佐藤 啓子

電話 0584-89-8681

FAX 0584-87-3477

② 当社以外に市町村の相談・苦情窓口でも受け付けております。

◎ 大垣市役所（福祉課） ☎ 0584-81-4111

◎ 岐阜県国民保険団体連合会（介護保険苦情窓口） ☎ 058-275-9826

◎ 岐阜県運営適正化委員会 ☎ 058-278-5136

◎ お住まいの市町村

(10) 身体拘束の排除

身体拘束排除理念に基づきサービスを提供します。

- ① 身体拘束・虐待防止委員会を設置して定期的に委員会を開催し、決定事項や具体策等を全職員が周知する。
- ② 個人の尊厳を守るため身体拘束は行わない。やむを得ず行う場合は、家族の同意を取る。
- ③ 個別支援計画を作成し、経過を観察し記録に残す。
- ④ 研修を通じて身体拘束が排除できるよう従業員の意識や技術の向上に努めます。

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、1 通ずつ保有するものとします。

事業者

所在地 岐阜県大垣市浅草 3 丁目 91 番地

名称 有限会社 トータル・ハーモニー

あいあいケアサポート 印

代表取締役

安田 恵津子

説明者 氏名 佐藤 啓子 印

私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 氏名 _____ 印

(代理人) 氏名 _____ 印

(本人との続柄：)

※ 本人が署名出来ない場合

- ☐ 同意があるが、身体が不自由で記載出来ない
- ☐ 同意の意思表示が出来ない（判断能力に障害が見られる）
- ☐ その他