訪問介護 ・ 第1号訪問事業重要事項説明書

この説明書は、訪問介護の契約にあたって、ご利用者やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。

◎事業所の概要

①事業所名	横手市社会福祉協議会指定訪問介護事業所
②主たる事業所の所在地	秋田県横手市十文字町梨木字御休ノ上２９番地
③出張所の名称及び所在地	横手市社会福祉協議会指定訪問介護事業所　大雄出張所 秋田県横手市大雄字大関３１０番地
④指定事業所番号	秋田県０５７０３１３１４８号
⑤開設年月日	平成１７年１０月１日
⑥連絡先	ＴＥＬ　090-2979-3884 または 090-5837-7020 ＦＡＸ　０１８２－４２－４５７７
⑦営業日・営業時間	□ 営業日　通年　３６５日 □ 時　間　午前６時００分～午後１０時００分 ※但し、天災その他、やむを得ない場合は除きます
⑧主たる事業所の通常のサービス提供実施地域	横手市全域
⑨出張所の通常のサービス提供実施地域	横手市横手・平鹿・雄物川・大森・十文字・山内・大雄地域
⑩事業の目的及び運営方針	要介護・要支援状態または要支援者に相当する高齢者に対し、心身の特徴を踏まえ、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことのできるよう適切な訪問介護及び介護予防訪問介護に相当する第１号訪問事業を提供することを目的とする。

◎職員体制

職　　種	員　　数	職　務　の　内　容
①管理者	１名（兼務可）	事業所の従事者の管理及び業務管理を一元的に行う。
②サービス提供責任者	２名以上（兼務可）	サービス調整、訪問介護（介護予防訪問介護計画、含む）計画の作成、サービス内容の管理・苦情処理、訪問介護員に対する技術指導等。
③訪問介護員	常勤換算方法で２．５名以上（兼務可）	身体介護、生活援助等を行う。
④事務職員	１名（兼務可）	事業の実施に必要な事務を行う。

※訪問介護員は、介護福祉士または訪問介護員養成研修１～２級課程を修了したものです。

◎サービス内容

具体的にどのサービスを選ぶかは、後に作成する訪問介護（介護予防訪問介護計画含む）計画の中でご相談いたします。

区　分	内　　容
①身体介護	起床介助、就寝介助、排泄介助、衣服の着脱、身体整容、身体の清拭・洗髪、入浴介助、食事介助、体位変換、服薬介助、移乗・移動介助、通院・外出介助等
②生活援助	住居の清掃・整理整頓、ごみ出し、洗濯、調理、ベッドメイク、衣服の整理・被服の補修、買い物、薬の受け取り等
③第１号訪問事業	入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除・買い物等 その他日常生活上の支援

※ご利用者に対し、身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。生命や身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様や時間、利用者の心身の状況など必要な事項の記録を行います。

※ご利用者の尊厳の保持、虐待防止のために、虐待防止に関する担当者を選定し、委員会や研修を開催して、知識・技術の向上に努めています。

※感染症や災害に関する業務継続計画を策定し、感染症や災害発生時においても必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築していきます。

※利用者の安全並びに介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に関する方策（生産性向上）の検討を行っていきます。

提供できない介護保険の訪問介護サービス
●医療行為　●預貯金の引き出しや預け入れ（通帳やカードの預かり）●利用者本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し等　●主として利用者が使用する居室等以外の掃除　●来客の応接（お茶、食事の手配など）　●自家用車の洗車・清掃　●除　雪　●園　芸　●草むしり　●花木の水やり　●特別な手間をかけて行う料理　●ペットの世話（犬の散歩など）●家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え　●大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ　●室内外家屋の修理、ペンキ塗り

◎具体的な利用料は、次の通りです。※法の改正により変更される場合があります。

利用料はサービスの内容・利用する時間帯・利用する時間の長さによって異なります。利用者に自己負担していただく目安の金額は下記の通りです。

【介護給付】（訪問介護員１人１回のご利用額です。）

１割負担の場合

種　　類	時　間	利用料	種　　類	時　間	利用料
身体介護１	30 分未満	334 円	生活援助２	45 分未満	245 円
身体介護２	１時間未満	530 円	身体１・生活１	75 分未満	423 円

２割負担の場合

種　　類	時　間	利用料	種　　類	時　間	利用料
身体介護１	30 分未満	668 円	生活援助２	45 分未満	490 円
身体介護２	１時間未満	1,060 円	身体１・生活１	75 分未満	846 円

３割負担の場合

種　　類	時　間	利用料	種　　類	時　間	利用料
身体介護１	30 分未満	1,002 円	生活援助２	45 分未満	735 円
身体介護２	１時間未満	1,590 円	身体１・生活１	75 分未満	1,269 円

☆標記の金額は１回あたりの目安を表示したものです。１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

☆標記の金額には事業所加算（Ⅱ）10%、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）24.5%が含まれております。

☆早朝（6:00～8:00）夜間（18:00～22:00）は 25%増

☆２人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合、ご契約者の同意の上で、通常の料金の２倍の金額をいただきます。

【第１号訪問事業】（ご利用額）

・訪問型サービス（独自）

１割負担の場合

	サービス内容		介護区分	利用額
月額	訪問型サービス費１１	１週に１回程度の場合	事業対象者 要支援１・２	1,464 円/月
	訪問型サービス費１２	１週に２回程度の場合		2,925 円/月
	訪問型サービス費１３	１週に２回を超える程度の場合		4,640 円/月
一回単価	訪問型サービス費２１	標準的な内容の訪問型サービスの場合		357 円/回
	訪問型サービス費２２	生活援助が中心である場合 所要時間 20 分以上 45 分未満		223 円/回
	訪問型サービス費２３	生活援助が中心である場合 所要時間 45 分以上		274 円/回
	訪問型独自短時間ｻｰﾋﾞｽ	短時間の身体介護が中心である場合		203 円/回

２割負担の場合

	サービス内容		介護区分	利用額
月額	訪問型サービス費１１	１週に１回程度の場合	事業対象者 要支援１・２	2,928 円/月
	訪問型サービス費１２	１週に２回程度の場合		5,850 円/月
	訪問型サービス費１３	１週に２回を超える程度の場合		9,280 円/月
一回単価	訪問型サービス費２１	標準的な内容の訪問型サービスの場合		714 円/回
	訪問型サービス費２２	生活援助が中心である場合 所要時間 20 分以上 45 分未満		446 円/回
	訪問型サービス費２３	生活援助が中心である場合 所要時間 45 分以上		548 円/回
	訪問型独自短時間ｻｰﾋﾞｽ	短時間の身体介護が中心である場合		406 円/回

３割負担の場合

	サービス内容		介護区分	利用額
月額	訪問型サービス費１１	１週に１回程度の場合	事業対象者 要支援１・２	4,392 円/月
	訪問型サービス費１２	１週に２回程度の場合		8,775 円/月
	訪問型サービス費１３	１週に２回を超える程度の場合		13,920 円/月
一回単価	訪問型サービス費２１	標準的な内容の訪問型サービスの場合		1,071 円/回
	訪問型サービス費２２	生活援助が中心である場合 所要時間 20 分以上 45 分未満		669 円/回

	訪問型サービス費２３	生活援助が中心である場合 所要時間 45 分以上		822 円/回
	訪問型独自短時間ｻｰﾋﾞｽ	短時間の身体介護が中心である場合		609 円/回

☆標記の金額は１回あたりの目安を表示したものです。１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。
☆標記の金額には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）24.5%が含まれております。

【その他の加算】

初回加算	新規に訪問介護計画を作成し、初回訪問にサービス提供責任者が訪問介護・第１号訪問事業を行った場合	１割負担　200 円 ２割負担　400 円 ３割負担　600 円
緊急時 訪問加算	居宅サービスにない緊急な要請に対して、ケアマネ　ジャーが必要と認め、緊急に訪問介護を行った場合(身体介護)	１割負担　100 円 ２割負担　200 円 ３割負担　300 円
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	理学療法士等から助言(ｱｾｽﾒﾝﾄ･ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合	１割負担　100 円 ２割負担　200 円 ３割負担　300 円
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	理学療法士等による訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者も訪問して共同で訪問介護計画を作成した場合	１割負担　200 円 ２割負担　400 円 ３割負担　600 円

※次の場合は自己負担が生じます。

①介護認定の結果、自立（非該当）となった場合、認定前に提供されたサービスにかかる利用料
②要介護認定の結果、認定前に提供されたサービス内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合の差額分
③通常実施地域以外の地域に住み、当事業所を利用する場合の交通費等 （サービス利用料とともに１ヶ月毎の支払 ※片道１ｋｍ当たり２３円）

◎支払方法

□指定金融機関の利用者指定口座自動引落	□その他（　　）

◎ご利用の注意点について

ご利用者・ご家族におかれましては、当事業所のサービスをご利用いただく際、下記事項についてお守りいただきますようお願いいたします。

〈物損の扱いについて〉

訪問介護員が食器や生活用品等を扱う中で、誤ってこれを破損させてしまうといった事故が考えられます。その場合は契約書中の賠償条項に基づき対応し、訪問介護員の過失が認められる場合には同じ物品または相応の額を賠償いたしますので、都度お申し出下さい。もっとも訪問介護員の行動に過失が認められない場合や、特殊な事情がある場合にはご希望通りの賠償がされないこともあります。

また、あまりに高価な物品であることを事前にお知らせ頂いていない状況で破損した場合などは、全額の賠償をいたしかねることもありますので、該当物品についてはご

利用者・ご家族にて管理くださいますようご協力お願いいたします。

〈暴言・暴力・ハラスメントの禁止について〉

訪問介護員等に対し、次の行為は違法行為です。事業所からの申し入れにもかかわらず、そのような行為が繰り返される場合には契約書の規定に基づき、やむを得ず契約を解除させていただく場合があります。

①セクシャルハラスメント・暴力行為・大声での恫喝・過剰な要求・暴言等

②身体および財物の損傷、または損壊すること等

◎守秘義務について

サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族及びその家族に関する秘密について、利用者や家族又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がない限り第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

◎緊急時の対応について

サービスの提供中、ご利用者の心身の状況の異変、その他緊急事態が生じた時には、速やかにご家族、主治医に連絡するとともに、管理者に報告し、必要な措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合、ご利用者の避難等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名	
	担　当　医	
	所　在　地	
	電話番号	
緊急時連絡先	氏　　名	
	続　　柄	
	住　　所	
	電話番号	

◎事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、市町村、担当居宅介護支援事業所等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の状況や処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止対策を講じます。

◎提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
評価結果の開示状況	なし

◎苦情・相談の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は、下記の専用窓口で受付けます。

職　名	氏　名
管理者・サービス提供責任者	佐　藤　　恵
サービス提供責任者	佐々木　成　子
サービス提供責任者	宮　田　明　子
サービス提供責任者	高　橋　　恵
サービス提供責任者	得　山　和　恵
サービス提供責任者	杉　山　富美子
サービス提供責任者	石　川　祐美子
サービス提供責任者	照　井　真紀子
【 苦情解決責任者 】　　横手市社会福祉協議会事務局長	

※当事業所に対する苦情やご相談は随時対応いたしております。

◎第三者委員

本事業所では、２名を「苦情解決第三者委員」に選任しております。利用者は、本事業所への苦情やご意見について第三者委員に相談することができます。

連絡窓口は次のとおりです。

氏　名	連絡先
照井　克善 川越　伸彦 対応時間　9:00～17:00（平日）	電話番号　0182－33－1033 電話番号　0182－38－8859

◎公的機関における苦情は、次の窓口で申し出等できます。

機関名	連絡先
市本庁まるごと福祉課 対応時間 8:30～17:15	横手市中央町８番２号 電話番号　0182－35－2134 ＦＡＸ　　0182－32－9709
※貴方様がお住まいの最寄の地域局にも申し出できます。 【担当課】市介護保険相談窓口　各地域局福祉担当 対応時間　8:30～17:15	
秋田県国民健康保険団体連合会 対応時間　9:00～17:00	秋田市山王四丁目２番３号 電話番号　018－883－1550 ＦＡＸ　　018－883－1551
秋田県福祉サービス相談支援センター 秋田県運営適正化委員会 対応時間　9:00～17:00	秋田市旭北栄町１番５号 電話番号　018－864－2726 ＦＡＸ　　018－864－2742

指定訪問介護サービスの提供内容の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交付しました。

事業者　横手市社会福祉協議会指定訪問介護事業所

説明者職名＿＿＿＿＿サービス提供責任者＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明と交付を受け、指定訪問介護サービスの提供内容の開始に同意し受領しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族・代理人　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（続柄　　）