

訪問介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

福岡県指定 第4071603973号

当事業所はご契約者様に対して指定訪問介護サービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」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利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
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. 衛生管理について
8. 秘密保持の厳守について
9. 個人情報の保護
10. 事故対策と損害賠償責任
11. 緊急時の対応
12. 苦情の受付について

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社友愛
- (2) 法人所在地 福岡県久留米市荒木町荒木 1961-32
- (3) 電話番号 0942-27-7368
- (4) 代表者氏名 岡 隆
- (5) 設立年月日 平成 22 年 6 月 9 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 22 年 8 月 1 日 指定 福岡県 4071603973 号
- (2) 事業の目的
住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い、利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような支援を目的として適正な訪問介護を提供します。
- (3) 事業所の名称 ヘルパーステーション 友愛

- (4) 事業所の所在地 福岡県久留米市荒木町荒木 1961-32
- (5) 電話番号 0942-27-7368
- (6) 管理者 氏名 執行 貴博
- (7) 当事業所の運営方針

1. 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(8) 開設年月日 2010年8月1日

3. 事業実施

(1) 通常の事業の実施地域

久留米市・筑後市・八女市・柳川市・大川市・小郡市・三養基郡みやき町・鳥栖市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	月～土曜日 9時～18時
サービス提供時間	365日24時間対応

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービス及び指定介護予防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います。

職種	常勤	非常勤	職務内容
1. 管理者	1		事業所の従業員の管理及び業務の管理を1元的に行う。
2. サービス提供責任者	3		利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。
3. 訪問介護員	5	9	訪問介護の提供にあたる
介護福祉士	5	3	訪問介護の提供にあたる
介護職員基礎研修修了者	5	9	訪問介護の提供にあたる
ホームヘルパー1級			訪問介護の提供にあたる
ホームヘルパー2級		1	訪問介護の提供にあたる

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の対象となるサービス

サービスの概要と利用料金

●身体介護

入浴・排泄・食事等の介護を行います。

●生活援助

調理・洗濯・掃除・買物等日常生活上の世話をを行います。

1. 身体介護

・入浴介助

入浴の介助または、入浴が困難な方は身体を拭く（清拭）などをします。

・排せつ介助

排せつの介助、おむつ交換を行います。

・食事介助

食事の介助を行います。

・体位変換

体位の変換を行います。

・通院介助

通院の介助を行います。

2. 生活援助

・調理

ご契約者様の食事の用意を行います。

・洗濯

ご契約者様の衣類等の洗濯を行います。

・掃除

ご契約者様の居室等の掃除を行います。

・買物

ご契約者様の日常生活に必要となる物品の買物を行います。

3. 通院等乗降介助

通院等のため、ヘルパー自らの運転する車両への乗車又は降車の介助と併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。

〈サービス利用料金〉

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（８時～１８時）での料金は次の通りです。

【基本部分】

サービスの内容 1回あたりの所要時間		基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の１割・２割） ※（注２）参照
身体介護中心型	20分未満（夜間・早朝・深夜の身体介護に限る。）	2,240円	224円（１割） 448円（２割） 672円（３割）
	20分以上30分未満	2,680円	268円（１割） 536円（２割） 804円（３割）
	30分以上1時間未満	4,260円	426円（１割） 854円（２割） 1,278円（３割）
	1時間以上1時間30分未満	6,240円	624円（１割） 1,248円（２割） 1,872円（３割）
	以降30分を増すごとに算定	900円	90円（１割） 180円（２割） 270円（３割）
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		25分増すごとに710円を加算 （身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。）	25分増すごとに71円を加算（１割） 25分増すごとに142円を加算（２割） 25分増すごとに213円を加算（３割）
生活援助中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	1,970円	197円（１割） 394円（２割） 591円（３割）
	45分以上	2,420円	242円（１割） 484円（２割） 726円（３割）
通院等乗降介助		片道 1,170円	107円（１割） 214円（２割） 321円（３割）

（注１）「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、利用者の同意を得て、同時に２人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の２倍の額となります。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,000円	200円(1割) 400円(2割) 600円(3割)
生活機能向上連携 加算	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同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合(1月につき)	1,000円	100円(1割) 200円(2割) 300円(3割)
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,000円	100円(1割) 200円(2割) 300円(3割)
	夜間(18時～22時)又は早朝(6時～8時)にサービス提供する場合	上記基本部分の25%	
	深夜(22時～翌朝6時)にサービス提供する場合	上記基本部分の50%	
特定事業所加算Ⅰ	当該加算の体制要件、人材要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の20%	
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
特定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
特定事業所加算Ⅳ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の5%	
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の24.5%	
介護職員処遇改善 加算Ⅱ ※		上記基本部分と 各種加算減算の合計の22.4%	
介護職員処遇改善 加算Ⅲ ※		上記基本部分と 各種加算減算の合計の18.2%	
介護職員処遇改善 加算Ⅳ ※		上記基本部分と 各種加算減算の合計の14.5%	

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当事業所と同一建物に居住する一定数以上の利用者に対してサービス提供する場合	上記基本部分の90%
2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算	2級訪問介護員のサービス提供責任者を配置している場合	上記基本部分の90%

(2) 介護保険の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様の負担となります。

① 介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス

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、サービス利用料金の全額が利用者様負担となります。

② 介護保険給付が認められていないサービス

緊急やむを得ない理由等で、介護保険給付が認められていないサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者様負担となります。

③ その他サービス

当事業所では、次のような介護保険外のサービスを行っています。

サービス名	サービス内容	利用料（全額）
有償サービス	介護保険では出来ない家事などを1時間単位で行います （早朝、夜間は25%増し）	2,500円～

(3) 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただく場合があります。

(4) 利用料金のお支払方法

毎月15日頃前月分の料金の請求を致しますので月末日までにお支払い下さい。

(5) 利用の中止、変更、追加

☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止、

変更、または新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

☆ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50% (利用負担相当額)

※サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を提示し協議します。

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

サービス提供時に担当の訪問介護員を決定します。

但し、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替して提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適切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て、事業者に対して、訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

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契約者及びその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配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

ご契約者は「5. 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所に依頼することはできません。

② 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

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ご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③ 備品等の使用

訪問介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用

させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約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

① ご契約者もしくはそのご家族からの金銭または高価な物品の授受

② ご契約者の家族に対する訪問介護サービスの提供

③ 飲食及びご契約者もしくはそのご家族等の同意なしに行う喫煙

④ ご契約者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤ その他ご契約者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

7. 衛生管理等

すべての従業者は定期的に健康診断を行い、健康管理、清潔の保持に努めます。また、事業所の設備及び備品等を清潔にし、衛生管理に留意します。

8. 秘密保持の厳守について

業務上知り得たご利用者及びご家族に関する事項を、第三者に決してもらしません。

これに関しては、ご利用者がサービスの利用を中止された場合、従業者が退職した場合も同様の扱いとします。

(2) 情報提供する場合

ご利用者が医療もしくは他の福祉サービス利用のため、居宅介護支援事業所をはじめとするサービス事業者への情報提供を実施する場合は、ご利用者及びご家族に文書により同意を得ることとします。

9. 個人情報の保護

(1) 原則

ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

(2) 使用の目的

事業者が得たご利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

10. 事故対策と損害賠償責任

サービス利用中に事故が発生した場合、下記の手順にて対応します。

- ① 事故が発生した場合、速やかに主治医、ご家族、管理者に報告し、従業員と共にご利用者の被害が最小限になるような対応を行います。
- ② 事故関係従業員は、ご利用者対応が収拾したら管理者に速やかに口頭にて報告する。但し事故にあったご利用者が病院への緊急搬送を要する場合においては、ご家族への連絡を最優先とします。
- ③ 「事故報告書」を直ちに作成し、上司、管理者へ提出
- ④ 管理者は内容を把握し、家族対応、保険者への連絡、損害賠償保険会社へ連絡等に関して判断し、対応します。
- ⑤ 事故の内容に応じ、「事故検討会」を開催し、原因分析、改善案立案を行い、今後の再発防止に努めます。
- ⑥ ご家族からの苦情等については、管理者を交渉窓口とし、保険会社と連携をとりながら誠意をもって対応します。
なお、事業者側の責任により事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
また、ご利用者の責任において事業者が損害を被った場合は、ご利用者及びご家族にその損害を賠償するものとします。

・ 事業者が加入している損害賠償責任保険

保険会社	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
------	------------------

1 1. 緊急時の対応方法

① サービス提供中に、利用者の急変等緊急事態が生じた時には、利用者の主治医等に連絡するとともに、医師の指示に従い適切な対応にあたります。また、速やかに管理者に報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先、当該利用者に係わる居宅介護支援事業所、地域包括支援センターへ連絡を行い、必要に応じて警察・消防署等へ協力依頼し、状況に応じ、保険者に連絡します。

② 利用者又はその家族からの緊急時の要請に速やかに対応するため、365日24時間受付を行います。

依頼を受けた時間、対応内容等を記録し、利用者の担当介護支援専門員に連絡を行い、必要に応じて緊急時訪問介護対応を行います。

主治医	医療機関	
	主治医氏名	
	住所	
	電話	
ご家族	氏 名	
	住所	
	電話	

1 2. 相談・苦情の受付について

1. 相談・苦情の受付

(1) 当事業所における相談・苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

所在地 福岡県久留米市荒木町荒木 1961-32

電話 0942-27-7368

FAX 0942-27-7369

苦情・相談受付担当者 近藤 千鶴子

苦情・相談解決責任者 執行 貴博

職名 管理者

受付時間 随時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

市町村の窓口

久留米市	介護保険課	電話番号 0942-30-9247
福岡県国民健康保険団体連合会		電話番号 092-642-7813
福岡県運営適正化委員会		電話番号 092-915-3511
鳥栖地区広域市町村圏組合	介護保険課	電話番号 0942-81-3315
鳥栖市役所	社会福祉課	電話番号 0942-85-3554
みやき町役場	福祉課	電話番号 0942-94-5724
大木町役場	福祉課	電話番号 0944-32-1060

令和 年 月 日

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。

事業者 所在地 久留米市荒木町荒木 1961-32
法人名 株式会社 友愛
代表者 岡 隆

説明者氏名 _____ (印)

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____

個人情報使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- （１） 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- （２） 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用する期間

契約で定める期間

4. 条件

- （１） 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- （２） 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

株式会社 友愛 御中

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<家族の代表>

住所

氏名

印

利用者との続柄・関係

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名

印

利用者の続柄・関係