

# 重要事項説明書

訪問介護

介護予防・日常生活支援総合事業

利用者：\_\_\_\_\_様

事業所：ヘルパーステーションすみれ

## 指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業

### 重要事項説明書

訪問介護事業所が提供する訪問介護サービスの開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づいて、事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）概要

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 事業者（法人）名称  | 医療法人社団 中山会        |
| 所在地        | 富山県富山市上大久保 1570-1 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 中山 哲規         |
| 設立年月日      | 平成13年7月16日        |
| 電話番号       | 076-467-0031      |

#### 2. 事業所概要

|             |                                          |            |
|-------------|------------------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | ヘルパーステーションすみれ                            |            |
| サービスの種類     | 訪問介護（介護予防訪問介護）                           |            |
| 事業所の所在地     | 富山県富山市上大久保 1585-1                        |            |
| 電話番号        | 電話 076-461-5513                          |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成26年7月1日                                | 1670113016 |
| 管理者の氏名      | 長澤 恵子                                    |            |
| 通常の事業の実施地域  | 蜷川地区、熊野地区、新保地区、大沢野地区、大山地区、八尾地区、婦中地区、細入地区 |            |

#### 3. 事業の目的と運営方針

##### 事業の目的

要介護・要支援状態にある方に対し、適正な訪問介護を提供することにより要介護・要支援状態の維持、改善を目的とします。

##### 運営の方針

- （1）訪問介護事業所（以下本事業所という。）の訪問介護員その他の従事者は、利用者の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、要介護状態の軽減または悪化防止に資するように、目標を設定して支援します。
- （2）事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係市町村、地域の保健・医療福祉機関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）本事業所は、必要なときに、必要な訪問介護の提供が行えるよう、事業実施体制の整備に努めます。

#### 4. 本事業所の職員体制

| 職種            | 職務内容                                                                      | 員 数                            |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 管理者           | 事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。             | 1 名<br>(兼務可能)                  |
| サービス<br>提供責任者 | 介護福祉士の資格を持つ者が、指定訪問介護利用の申し込みに関わる調整を行い、訪問介護計画の作成並びに利用者への説明を行い、サービス内容の管理を行う。 | 1 人以上<br>(利用者 40 名<br>につき 1 名) |
| 訪問介護員         | 介護福祉士・実務/初任者研修修了者・ヘルパー1.2 級の資格を持つ者が訪問介護計画に基づき、日常生活に必要な指定訪問介護サービスを提供する。    | 2.5 名以上<br>(常勤換算)              |

#### 5. 営業時間

|          |                                                      |
|----------|------------------------------------------------------|
| 営業日・営業時間 | 月曜日～土曜日（祝日、12 月 31 日～1 月 3 日を除く）<br>午前 9 時から午後 6 時まで |
|----------|------------------------------------------------------|

#### 6. サービス内容

##### （1）身体介護

① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清 拭 ⑤ 体位変換 等

##### （2）生活援助

① 買 い 物 ② 調 理 ③ 掃 除 ④ 洗 濯 等

##### （3）その他サービス

① 介護相談（無料） ②保険外サービス（実費） 等

#### 7. 利用料金

##### （1）利用料

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 割です。尚、介護保険負担割合証で 2 割、3 割と称された方は 2 割、3 割負担となります。更に、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・通常時間〕（令和 6 年 6 月 1 日～ 介護保険法改正にて）

| 身体介護            | 20 分未満            | 20 分以上～<br>30 分未満 | 30 分以上～<br>1 時間未満 | 1 時間以上～<br>1 時間 30 分<br>未満 | 1 時間 30 分以上<br>30 分を増す毎 |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1 割負担（円）        | 166               | 249               | 395               | 579                        | 82                      |
| 2 割負担（円）        | 332               | 498               | 790               | 1,158                      | 164                     |
| 3 割負担（円）        | 498               | 732               | 1,161             | 1,701                      | 246                     |
| 生活援助            | 20 分以上 45 分<br>未満 | 45 分以上            |                   |                            |                         |
| 1 割負担           | 183               | 223               |                   |                            |                         |
| 2 割負担           | 366               | 446               |                   |                            |                         |
| 3 割負担           | 549               | 669               |                   |                            |                         |
| 訪問型サービス<br>（独自） | 週 1 回<br>（60 分未満） |                   | 週 2 回<br>（60 分未満） |                            | 週 3 回<br>（60 分未満）       |
| 1 割負担           | 1,176 円/月         |                   | 2,349 円/月         |                            | 3,727 円/月               |
| 2 割負担           | 2,352 円/月         |                   | 4,698 円/月         |                            | 7,454 円/月               |
| 3 割負担           | 3,528 円/月         |                   | 7,047 円/月         |                            | 11,181 円/月              |

## 2) 加算・減算

上記サービスにおける加算及び減算において、該当条件は次のとおりです。（非課税となります。）

- ※ 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はなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）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、且つお客様の同意を得て、サービス従業者 2 人で訪問した場合は 2 人分の料金をいただきます。
- ※ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として、毎月算定した総単位の 24.5%分の 1 割もしくは 2 割、3 割の負担金をいただきます。（令和 6 年 6 月分より）
- ※ 特定事業所加算Ⅰ（20/100）・Ⅱ（10/100）・Ⅲ（10/100）・Ⅴ（3/100）のうち、該

当する条件によって、毎月算定した総単位に加算したものをいただきます。

- ※ 歯科専門職による適切な口腔管理の実施の観点から口腔連携強化加算が新たに創設される。

＜口腔連携強化加算 50 単位/回＞（1 月に 1 回限り算定可能）

職員による口腔の状態確認によって事業所と歯科専門職の連携の下、口腔衛生状態及び口腔機能評価の実施により口腔連携強化加算をいただきます。

- ※ 医療提携施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言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の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）した場合には、生活機能向上連携加算（Ⅰ）として 100 単位 1,000 円、もしくは生活機能向上連携加算（Ⅱ）として 200 単位 2,000 円の負担金をいただきます。

- ※ 同一敷地内においてのサービス提供に関しては、毎月算定した総単位の 10%分及び 15%分が差し引かれます。

- ※ 初回のサービス提供責任者のサービス（または同行）は、200 単位 2,000 円をいただきます。

- ※ 緊急時やむを得ない事情でサービスを提供した場合は、緊急時訪問介護加算として 100 単位 1,000 円をいただきます。

- ※ 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、認知症専門ケア加算が新たに創設される。

＜認知症専門ケア加算（Ⅰ）3 単位/日 90 単位/月＞

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の 100 分の 50 以上。
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 名未満の場合は 1 名以上、20 名以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施。
- ・ 当事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催。

＜認知症専門ケア加算（Ⅱ）4 単位/日 120 単位/月＞

- ・認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施。
- ・介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定。

※ LIFE による介護保険関連情報の提供について

- ・令和3年4月から、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律による改正後の介護保険法が施行され、厚生労働大臣は、介護サービス事業者等に対し、情報の提供を求めることができるようになり、LIFE において情報を提供する。

（3）キャンセル料

ご利用様の都合により、当日の利用を中止した場合、キャンセル料として、その1割もしくは2割、3割の額を徴収させていただきます。ただし、ご利用様の体調不良等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先： ヘルパーステーション すみれ TEL 076-461-5513

- ①ご利用様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ②通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はご利用者様のご負担になります。
- ③料金の支払方法  
料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌々月 18 日までに当月分の料金を請求いたしますので、22 日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行引き落としとさせていただきます。
- ④まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。
- ⑤サービス期間中、当事業所の職員が同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ⑥ご利用者様のご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承下さい。
- ⑦誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

8. サービスの利用方法

## (1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所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。

## (2) サービスの終了

### ①ご利用者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ございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

### ③自動終了(以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します)

○ご利用者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認定区分が

非該当〔自立〕又は要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

○ご利用者様が亡くなられた場合

### ④その他

○当事業所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、ご利用者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、または当社が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

○ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3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10日以内に支払わない場合、またはご利用者様やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所により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ございます。

○ご利用者様、及びご家族様より**別紙**のようなセクハラ行為や精神的、肉体的苦痛となるような暴言、暴力があった場合、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

○他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

## (3) 事故発生時の対応

ご利用者様に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。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ないます。

## 9. 緊急時等の対応方法

訪問介護の提供にあたり事故、体調等の急変が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援専門員等に連絡します。

|                |
|----------------|
| ご利用者様（家族）緊急連絡先 |
|----------------|

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ） 電話 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

## 10. 秘密の保持

本事業所の職員は、当該事業を行う上で知り得たご利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

### 11. 高齢者虐待防止

本事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり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技術の向上に努めます。
- （２）居宅サービス計画の作成など適切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勞を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

### 12. 身体拘束適正化

原則として、自由の制限するような身体拘束は行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には十分な説明を行い、同意を得るとともに態様、時間、理由について記録します。

### 13. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。

|         |      |              |
|---------|------|--------------|
| 苦情受付担当者 | 管理者  | 長澤 恵子        |
|         | 電話番号 | ０７６－４６１－５５１３ |
| 苦情解決責任者 | 施設長  | 竹原 理史        |
|         | 電話番号 | ０７６－４６１－５５１０ |

(2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                   |                                     |
|--------|-------------------|-------------------------------------|
| 苦情受付機関 | 富山市介護保険課          | ０７６－４４３－２０４１                        |
|        | 富山県国民健康保険団体連合会    | ０７６－４３１－９８２７                        |
|        | 富山県福祉サービス運営適正化委員会 | 電話 ０７６－４３２－３２８０<br>FAX ０７６－４３２－６５３２ |

令和      年      月      日

事業者は、ご利用者様へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者住所 富山県富山市上大久保 1585-1

事業者（法人）名 医療法人社団 中山会

事業所説明者名 ヘルパーステーション すみれ

氏名

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者住所

氏名

印

家族の代表住所

氏名

印

（本人との続柄： ）