

【離島等相当居宅サービス】「訪問介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の登録を受けています。

(事業所番号 1 0 8 2 3 0 0 0 3 7)

当事業所はご利用者に対して、離島等相当居宅サービスによる訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意戴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。

☆★目 次★★

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・・・	2
4. 職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5. 当事業所が提供するサービスの内容・・・・・・・・	2～5
6. サービス利用に関する留意事項・・・・・・・・	5～6
7. 緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
8. サービス内容に関する苦情の受付について・・	7

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県多野郡上野村大字乙父630番地の1 |
| (3) 電話番号 | 0274-59-2592 |
| (4) 代表者氏名 | 会長 塚田 六己 |
| (5) 設立年月日 | 平成7年3月31日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 訪問介護事業所
令和6年4月1日登録 |
| (2) 事業の目的 | 要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行う事を目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会 |
| (4) 事業所の所在地 | 群馬県多野郡上野村大字乙父630番地の1 |
| (5) 電話番号 | 0274-59-2592 |
| (6) 管理者 | 清水 昌江 (しみずまさえ) |
| (7) サービス提供責任者 | 清水 昌江 (しみずまさえ) ※管理者と兼務 |
| (8) 当事業所の運営方針 | ◎介護保険サービスを利用する要介護者等の相談などに応じ、利用者の希望や状態等を考慮して適切な在宅サービス及び施設サービスなどの利用に対する支援を総括的に行います。
○要介護者等の「生活全体」の支援
○要介護者等の「自立」「QOLの向上」の支援
○要介護者等の「コミュニティー・ケア」の支援 |
| (9) 開設年月日 | 平成12年4月1日 |
| (10) 事業所が行っている他の業務 | 当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
「指定居宅介護支援事業」
・・・平成20年4月1日指定 群馬県指令介高第30133-55号
「指定通所介護事業」
・・・平成20年4月1日指定 群馬県指令介高第30133-58号
「指定介護予防通所介護事業」
・・・平成24年4月1日指定 群馬県指令介高第30133-2号
「指定介護予防訪問介護事業」
・・・平成24年4月1日指定 群馬県指令介高第30133-2号 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 上野村全域（地域以外でもご希望の方はご相談下さい。）

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日
営 業 時 間	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分
営業しない日	土曜日・日曜日・年末年始・国民の祝日

4. 職員の体制

職 種	専任	兼任	職務の内容
1. 管理者 (サービス提供責任者と兼務)	0名	1名	従業員の管理及び業務管理の総括
2. サービス提供責任者	0名	1名	サービス提供に伴う従業員・業務の管理
3. 訪問介護員	3名	1名	利用者への生活援助サービスや身体介護の提供

5. 当事業所が提供するサービスの内容

- ① 身 体 介 護
 - ・ 食事の介助
 - ・ 排泄の介助
 - ・ 衣類の着脱
 - ・ 入浴の介助
- ・ 身体の清拭、洗髪
- ・ その他必要な身体介護
- ② 生 活 援 助
 - ・ 調理（配膳、片付けを含む）
 - ・ 衣類の洗濯、補修
 - ・ 住居等の掃除、整理整頓
 - ・ 生活必需品の買い物
 - ・ 関係機関等との連絡
 - ・ その他必要な家事
- ③ 相 談、助 言
 - ・ 生活、身上、介護に関する相談、助言
 - ・ 住宅改良に関する相談、助言
 - ・ その他必要な相談、助言

＜利用料金＞

（１）利用料金・利用者負担金

- ・介護保険の適用がある場合は、料金表の利用料金の１割から３割が利用者負担となります。

【料金表：利用料金・昼間】

所要時間 ／区分	身体介護 中心	所要時間 ／区分	生活援助 中心
20分以上 30分未満 (A)	244円	20分以上 45分未満	179円
30分以上 1時間未満 (B)	387円	45分以上	220円
1時間以上 1時間半未満 (C)	567円		
1時間半以上 (D)	以降30分増すごとに82円加算する		

所要時間 ／区分	身体生活		
	生活援助 2 0 分以上	生活援助 4 5 分以上	生活援助 7 0 分以上
(A) に引き続き 生活援助を行う場合	3 0 9 円	3 7 4 円	4 3 9 円
(B) に引き続き 生活援助を行う場合	4 5 2 円	5 1 7 円	5 8 2 円
(C) に引き続き 生活援助を行う場合	6 3 2 円	6 9 7 円	7 6 2 円
(D) に引き続き 生活援助を行う場合	以降身体介護が 3 0 分増すごとに 上記金額に 8 2 円加算する		
特定事業所加算 (Ⅱ)	料金表の 1 0 % が加算されます。		
加算理由： 体制要件 (計画的に研修、会議を開催すること等) と、人材要件 (訪問介護員総数のうち介護福祉士の占める割合が 3 0 % 以上であること) を満たしています。			

加算

特別地域加算	料金表の 15 % が加算されます。
通院等のための乗車・降車の介助	片道 99円
処遇改善費加算Ⅲ	所定単位数の 182 / 1000 加算
初回加算	1月につき 200円
新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回に実施した訪問介護と同月内に、訪問介護を行った場合、もしくは同行した場合は1月につき200円を加算します。	
緊急時訪問介護加算	1回につき 100円
・ サービス提供責任者が、事前に指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が、利用者または家族から要請された日時または時間帯に「身体介護中心型」の訪問介護を提供する必要があると判断した場合に算定します。 ただし、やむを得ない理由により、介護支援専門員と事前に連携が図れない場合に、訪問介護事業所により緊急に訪問介護が行われた場合であって、事後に介護支援専門員によって訪問介護が必要であったと判断された場合には、加算の算定を行います。 ・ 所要時間については、要請内容からその訪問介護に要する標準的な時間を介護支援専門員が判断します。 ・ サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図ったことは記録します。 ・ 所要時間が20分未満であっても算定可能。また、加算の対象となる訪問介護の前後に行われた訪問介護との間隔が2時間未満であっても、合算はせず、それぞれの所要時間に応じた所定単位数を算定します。	

- ・ 介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を越えたサービス利用料の利用料金は、事業者が別に設定、全額が利用者の負担となります。
- ・ 利用料金・昼間に対して、
 - ① 早朝（午前6時から午前8時まで）：25%加算
 - ② 夜間（午後6時から午後10時まで）：25%加算

③ 深夜（午後 10 時から午前 6 時まで）：50%加算

- ・上記料金算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利用者の居宅介護支援計画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、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は、利用者の同意の上で通常の利用料金の 2 倍の料金を戴きます。

減算

同一建物減算	10%/月
① 事業所と同一の建物又は同一若しくは隣接の敷地内の建物に居住する利用者	
② ①以外の建物については、訪問型サービスの利用者が 20 人以上となる場合	

(2) その他の料金

上記(1)の料金のほか、以下の要件を満たす場合、下記の額を請求します。

種類	要件	費用
複写物の交付	サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。その閲覧物の複写物を必要とした場合	10円 / 1枚
交通費	通常の実業実施地域以外の地域 10km未満	300円
	通常の実業実施地域以外の地区にお住まいの方で、 当事業所を利用される場合 10km以上～20km未満	500円
	通常の実業実施地域以外の地区にお住まいの方で、 当事業所を利用される場合 20km以上	1,000円
キャンセル料	利用者の都合によりサービスを中止する場合、 前日午後 5 時までに連絡がなく訪問に行ったが、サービスの提供ができなかった場合	300円/回

- ・キャンセルが必要となった時は、至急ご連絡下さい。

連絡先	TEL 0274-59-2592 FAX 0274-59-2058 Eメール ueno2592@uenomura.ne.jp
-----	--

(4) 利用料金のお支払い方法

利用料・費用は毎月月末締めとし、翌月 20 日までに前月分料金の請求をいたした上で、翌月末までに貴指定口座より振替えさせて戴きます。振替が終了し次第領収書を送付させて戴きます。

6. サービス利用に関する留意事項

(1) サービス提供証明書の発行について

利用者からご依頼があれば、提供した訪問介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等記載したサービス提供証明書を発行します。

(2) 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、複数の訪問介護が交替してサービスを提供します。

(3) 訪問介護員の交替

① ご利用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当と認められる事情。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、利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者から訪問介護員の交替

事業者の都合により、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利用者及びその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するものとします

(4) 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

契約者は「5. 当事業所が提供するサービスの内容」で定められたサービス以外業務を、業者に対して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実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③ 備品等の使用

訪問介護サービス実施の為に必要な備品（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させて戴きます。又、訪問介護員が事業者に連絡する場合の電話等も使用させて戴きます。

(5) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用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。

(6) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、利用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。

- ・ 医療行為
- ・ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ・ 利用者の家族等に対するサービスの提供
- ・ 飲酒及び喫煙
- ・ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利

活動

- ・その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

7. 緊急時及び事故発生時の対応方法

当会は、万全の体制で訪問介護サービスの提供にあたりますが万一事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族、関係市町村等にご連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止などの必要な措置を講じます。又、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

主治医	医療機関の名称	
	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

8. サービス内容に関する苦情の受付について

(1) 事業所の苦情受付

事業所 相談窓口	電話番号	0 2 7 4 - 5 9 - 2 5 9 2
	面接場所	当事業所の相談室
	担当者	〔管理者〕 清水 昌江

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苦 情 受 付 機 関	上野村役場 保健福祉課 介護保険係	所在地	多野郡上野村乙父630番地の1
		電話番号	0 2 7 4 - 5 9 - 2 3 0 9
		F A X	0 2 7 4 - 5 9 - 2 3 2 0
		受付時間	午前8時30分～午後5時15分
	群馬県国民健康 保険団体連合会	所在地	前橋市元総社町335番地8
		電話番号	0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3
		F A X	0 2 7 - 2 5 5 - 5 3 0 8
		受付時間	午前8時30分～午後5時15分
	群馬県社会福祉協議会 「福祉サービス 運営適正化 委員会」	所在地	前橋市新前橋町13番地12
		電話番号	0 2 7 - 2 5 5 - 6 6 6 9
		F A X	0 2 7 - 2 5 5 - 6 1 7 3
		受付時間	午前8時30分～午後5時15分

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

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

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名・押印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

【離島等相当居宅サービス】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： 群馬県多野郡上野村大字乙父630番地の1

名称： 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会 会長 塚田六己 印

説明者： 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を受け、【離島等相当居宅サービス】訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印