

訪問介護重要事項説明書

< 年 月 現在 >

1 事業者の概要

事業者の名称 社会福祉法人 東京援護協会
所在地 東京都台東区東上野三丁目 18-11
代表者 理事長 中村 明彦
電話番号 03-5834-3841

2 事業所の概要

名称 いずみの苑ふれあいヘルプ事業所
サービス種別 訪問介護事業
第1号訪問事業
(予防訪問サービス・生活援助型訪問サービス)
介護保険指定番号 1371901214号
所在地 東京都板橋区東坂下二丁目 2-22
特別養護老人ホーム内
電話番号 03-5970-2922
Fax 番号 03-5970-2949
サービス実施区域 板橋区内

3 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	施設長 特別養護老人 ホーム施設長兼務	1名		管理指導を一元的に行う	1名
サービス提供 責任者	介護福祉士		3名	・サービス利用の調整 ・ヘルパーの指導など	3名
事務職員					
従業者 (訪問介護員)	ヘルパー2級 介護福祉士		15名	介護業務	15名

4 事業の目的

介護保険法令の趣旨に従って、要介護者が可能な限りその有する能力に応じ、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、訪問介護サービス（以下「サービス」といいます。）を提供します。

5 運営の基本方針

- （1）サービスの提供は身体介護・生活援助など利用者が日常生活を営むのに必要な介護の総合的な提供を行うとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、行います。
- （2）居宅サービス計画書を踏まえ、その居宅においてその有する能力に応じ自立し日常生活を営む事が出来るよう訪問介護計画を作成し、この計画に基づいたサービスを行います。
- （3）利用者の心身状況及び生活状況など継続的に把握し適正なサービスが提供出来るよう努めます。

- (4) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、保健医療サービスなど福祉サービスを提供する機関との連携に努めます。
- (5) 利用者の生活課題や要望に合わせて、効果的、効率的に社会資源を統合して提供します。
- (6) 業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報保護します。

6 サービスの提供時間帯

- (1) 窓口営業時間： 月曜日から土曜日
8時45分～17時30分
- (2) 派遣可能時間： 月曜日から土曜日（祝祭日、年末年始派遣については、要相談）
7時00分～19時00分
- (3) 窓口休日：日曜日 年末年始

7 サービス内容

- (1) 身体介護
利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。
・食事介助・入浴介助・排泄介助・清拭・特段の調理・ともに行う家事 等
- (2) 生活援助
家事を行うことが困難な場合に本人にかかる日常生活に必要な家事を行います。
・食事作り・掃除・買物 等
- (3) その他介護給付対象外となるサービス
通院介助などの際にかかる待機時間や入退院の介助など

8 利用料金

- (1) 介護保険給付対象に係る利用料
〔料金表－基本料金・昼間〕

		単位数	利用者負担額			
			10割	1割	2割	3割
身体介護	20分未満	163	1,858円	186円	372円	558円
	20分以上30分未満	244	2,781円	279円	557円	835円
	30分以上60分未満	387	4,411円	442円	883円	1,324円
	60分以上	567	6,463円	647円	1,293円	1,939円
	60分を超えて 30分増すごとに	+82	934円	94円	187円	281円
生活援助	20分以上45分未満	179	2,040円	204円	408円	612円
	45分以上	220	2,508円	251円	502円	753円
身体に引き続き生活援助を行う場合	20分以上45分未満	+65	741円	75円	149円	223円
	45分以上70分未満	+130	1,482円	149円	297円	445円
	70分以上	+195	2,223円	223円	445円	667円

*表の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、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、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。

*割増料金 時間帯によりご利用料が割り増しになります

①早朝（6：00～8：00）夜間（18：00～22：00） 25%増

②深夜（22：00～6：00） 50%増

*新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として基本報酬に 0.1%上乘せとなります。

（2）加算

	単位数	利用者負担額			
		10割	1割	2割	3割
①初回加算 新規または、2カ月以上何らかの理由によりサービスを休止しており新たに個別計画を作成しサービスを再開した場合の初回訪問月に加算されます。	200	2,280 円	228 円	456 円	684 円
②緊急時訪問介護加算（1回につき） 計画外の身体介護要請をご本人やご家族から受け、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図りサービスが実施された場合に加算されます。	100	1,140 円	114 円	228 円	342 円
③生活機能向上連携加算（Ⅰ） 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として200床未満）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）すること。 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーションなどのサービスの提供の場に置いてまたは、ICTを活用した動画等により利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 を定期的に行うこと	100	1,140 円	114 円	228 円	342 円
③生活機能向上連携加算（Ⅱ） 現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として200床未満）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合	200	2,280 円	228 円	456 円	684 円

- (3) 介護職員等処遇改善加算 II $\text{介護報酬総単位数} \times 22.4\%$
月の利用単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定し加算となります。
*この加算は、区分変更支給限度基準額から除外となります。
- (4) 地域加算 11.4円 / 1単位
ご利用になりました総単位数に乘じます。
- (5) 延長の場合
支援中にケアプラン以外のサービスが必要となった場合、ケアマネージャーと連携を図り対応することがあります。その際には実施した内容により利用料が変更になる場合があります。
- (6) 介護保険給付対象外に係る利用料
介護保険給付対象外なる通院介助などの際にかかる待機時間
5分150円 以降1分につき30円を加算
- (7) 交通費
①サービス実施区域のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
②サービス実施区域外にてサービスを提供する場合には、その実施地域までの交通費をご負担頂きます。
③病院への通院などの公共交通機関を利用する介助については、介助者の交通費をご負担頂きます。
- (8) キャンセル料
①利用の前日、午後5時までにご連絡をいただいた場合は、無料
②利用の当日、中止の連絡、訪問した際にお留守だった場合にはキャンセル料として1,800円ご負担頂きます。
- (9) その他
①利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話のほか、提供を受けたサービスに関わる費用は利用者の負担になります。
②利用料金等のお支払方法
毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、翌月の27日までにお支払いください。お支払頂きますと、領収書を発行します。支払方法は、銀行振込、又は、現金集金もしくは事業所へご持参下さい。
- 9 サービスの利用方法
- (1) 担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談ください。当事業所のサービス提供責任者がお伺いし、サービス内容の確認、契約、個別計画を作成した後にサービスの提供を開始します。
- (2) 担当の訪問介護員の交代、変更について
①担当訪問介護員、日時などの変更を希望される場合には、お申し出下さい。
予定訪問日の振替についても可能な範囲で対応いたします。
②当事業所の都合で担当者の交代、訪問曜日、時間など変更させて頂く場合がございます。
- (3) サービスの終了
①利用者の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てください。
②当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等でやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。その場合は、他の指定訪問介護事業者を紹介、担当居宅支援事業者への連絡など必要な措置を講じます。
③自動終了
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
・利用者が介護保険施設などに入所された場合
・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定が、要支援1、2及び

非該当(自立)、総合事業対象者となられた場合。

- ・利用者がお亡くなりになった場合及び被保険者資格を喪失した場合

④その他

- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者や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
- ・当法人が破産した場合
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合
- ・利用者や家族などが当法人や当法人の訪問介護員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- ・利用者及び家族が、職員に対して身体的暴力・精神的暴力・セクシャルハラスメントなどの行為があった場合

1 0 事業継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、業務継続計画の見直しや必要な研修、シミュレーションを定期的に行います。

1 1 感染症予防及びまん延防止のための措置

事業所は、いずみの苑感染症の発生及びまん延防止指針に基づき、感染症予防及びまん延防止に取り組みます。

1 2 虐待防止に関する指針

事業者は、虐待防止に関する指針を策定し、年2回以上虐待に関する研修を行い発生の予防に努め、発生時には、迅速に適切な対応が図れるよう取り組みます。

1 3 身体拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続き

事業所は、訪問介護事業の提供に当たっては、当該利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わないものとし、やむを得ず身体拘束等を行う場合にはその様態及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

1 4 当事業所のサービス向上の取り組み

(1) ヘルパーへの研修の実施

月1回研修を実施しています

(2) サービスマニュアルの作成

マニュアルを作成しています

(3) サービス提供責任者の同行訪問

新規や状態及びサービス内容など変化が生じた場合には、担当の訪問介護員に同行し技術や対応の方法などの指導を行います。

1 5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、親族、主治医訪問看護ステーション、救急隊、地域包括支援センター等、関係機関へ連絡し対応いたします。

1 6 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員または地域包括支援センター職員及び区市町村などへ連絡を行うとともに、必要な措置を講

じます。

1 7 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者が不在となる場合には、サービスを利用することができません。
不在となる際には、当事業所まで速やかに当事業所へご連絡ください
- (2) サービス提供の際、訪問介護員など介護者は下記の業務を行うことができません。
 - ①医療行為にあたること（時別な処置が必要な傷や褥瘡の手当てなど）
 - ②通帳などの財産管理
 - ③日常的に行わない家事（大掃除・換気扇掃除・窓ふき・エアコンの清掃など）
 - ④本人以外（ペット含）の家事や介助
 - ⑤来客の対応
 - ⑥草むしり など
- (3) 予め作成された個別計画外の行為については、原則として行うことができません。
緊急性がある場合や内容の見直しなどをご希望の際には、当事業所はまたは、担当の介護支援専門員へご連絡ください。
- (4) 当事業所では、訪問介護員に対して利用者からの贈答品や飲食物の提供、金銭などを受け取ることを固く禁じています。また、金銭の貸借、業務外の営利行為、宗教勧誘などの行為を禁じています。

1 8 サービス内容に関する相談・苦情窓口

- ① 当事業所担当 「いずみの苑ふれあいヘルプ事業所 苦情担当 野田 純」
TEL 03-5970-2922
*受付時間：8時45分から17時30分（日祭日・年末年始除く）
- ②板橋区相談・苦情窓口
板橋区介護保険苦情相談室 TEL 03-3579-2079
*受付時間：9時から17時（土・日・祝祭日を除く）
- ③国民健康保険団体連合会
専門相談員が相談に応じています
苦情相談窓口 TEL 03-6238-0177（直通）
*受付時間：9時から17時（土・日・祝祭日を除く）

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得て交付しました。

＜事業所＞

住所 東京都板橋区東坂下二丁目2番22号
名称 社会福祉法人 東京援護協会
いずみの苑 ふれあいヘルプ事業所

施設長 谷口 文貴 印

説明者 印

私は、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

利用者 住 所
東京都板橋区

氏 名 _____ 印 _____

(代理人) 住 所

氏 名 _____ 印 _____