

居宅介護サービス
重要事項説明書
(訪問介護)

事業所名 群馬県知事指定居宅訪問介護事業所
介護保険事業所番号 107010068
株式会社 小池ケアサービス
代表者名 布川 佳朋
所在地 〒371-0023
前橋市本町3丁目1番23号
TEL 027-223-8756 FAX 027-289-0119
設立年月 平成11年10月1日

事業の目的及び運営方針

事業所の訪問介護員は、ご利用者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事ができるようケアプランに従って訪問介護を行います。

営業時間

月曜日～土曜日 AM8:30～PM5:30

ただし、年末年始（12/31-1/3）を除きます。

利用者の希望に応じてサービスの提供については24時間対応可能な体制を整えるもの
とします。

通常の事業の実施地域

前橋市、高崎市、渋川市、伊勢崎、吉岡町、榛名村

職員の職種・員数及び職務内容

事業所に勤務する職員の職種・員数及び職務内容は、次のとおりといたします。

- 管理者 管理者は、事業所の従業員及管理及び業務の管理を一元的に行います。
- サービス提供責任者 介護福祉士 2名・実務者研修修了者 2名（常勤職員）
- 訪問介護員 介護福祉士 3名
訪問介護員 2級 36名

当事業所が提供するサービス

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 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・買い物等日常生活上の世話をします。 |
|---|

☆ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

① 身体介護

- 入浴介助
入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などを行います。
- 排泄介助
排泄の介助、おむつ交換を行います。
- 食事介助
食事の介助を行います。
- 体位交換
体位の交換を行います。
- 通院介助
通院の介助を行います。

② 生活援助

- 調理
ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
- 洗濯
ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）
- 掃除
ご契約者の居室の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）
- 買い物
ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物をします。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

<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（午前 8 時から午後 6 時）での料金は次の通りです。

身体介護が中心である場合				
時間	20 分以上	30 分以上	1 時間以上	以後 30 分増すごと
	30 分未満	60 分未満	1 時間未満	
10 割	2440	3870	5670	820
自己負担額：1 割	244 単位	387 単位	567 単位	82 単位
自己負担額：2 割	488 単位	774 単位	1134 単位	164 単位
自己負担額：3 割	732 単位	1161 単位	1701 単位	246 単位

身体介護に付随する生活援助				生活援助	
時間	20 分以上	45 分以上	70 分以上	20 分以上	45 分以上
	45 分未満	70 分未満		45 分未満	60 分未満
10 割	650	1300	1950	1790	2200
自己負担額：1 割	65 単位	130 単位	195 単位	179 単位	220 単位
自己負担額：2 割	130 単位	260 単位	390 単位	358 単位	440 単位
自己負担額：3 割	195 単位	390 単位	585 単位	537 単位	660 単位

通院等乗降介助	10 割	970
	自己負担額：1 割	97 単位
	自己負担額：2 割	194 単位
	自己負担額：3 割	291 単位

初回加算 初回のサービス時に、 サービス提供責任者が同行訪問	10 割	2,000
	自己負担額：1 割	200 単位
	自己負担額：2 割	400 単位
	自己負担額：3 割	600 単位

緊急時加算 緊急時、連絡から 2 4 時間以内に ケアマネ等の許可を得て訪問	10 割	1,000
	自己負担額：1 割	100 単位
	自己負担額：2 割	200 単位
	自己負担額：3 割	300 単位

○「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

地域区分 7 級地（前橋市・伊勢崎市・渋川市・吉岡町・榛東村）・・・10.21

地域区分 6 級地（高崎市）・・・10.42

※上記の料金に対して下記の加算が付きます。

介護職員処遇改善加算

I	II	III	IV
24.50%	22.40%	18.20%	14.50%

生活機能向上連携加算・・・ I：100 単位／月 II：200 単位

口腔連携強化加算：1 回につき 50 単位（1 月に 1 回を限度）

同一建物減算：10%減算

- 平常時間帯（午前 8 時から午後 6 時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で、利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。
 - ・ 夜間（午後 6 時から午後 10 時まで） 25%
 - ・ 早朝（午前 6 時から午前 8 時まで） 25%
 - ・ 深夜（午後 10 時から午前 6 時まで） 50%
- 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、契約者の同意の上で、通常の料金の 2 倍の料金をいただきます。
 - ・ 一人で対応できない、身体状態の方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
 - ・ 暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合 等
- ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が、介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2） 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

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ご契約者の負担となります。

- 平常時間帯（午前 8 時から午後 6 時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で、利用料金に割増料金が加算されます。
 - ・ 夜間（午後 6 時から午後 10 時まで） 25%
 - ・ 早朝（午前 6 時から午前 8 時まで） 25%
 - ・ 深夜（午後 10 時から午前 6 時まで） 50%

(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きます。

通常の事業実施地域と実施地域外との実際の経路上の境界より(1kmにつき21円)。

(4) 利用料と支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- 集金 請求書到着後、ご依頼にて現金集金
- 下記指定口座への振込み
東和銀行 本店営業部 普通預金 3171022 株式会社 小池ケアサービス
ヘルパーステーション 代表取締役 布川 佳朋
(毎月の請求書にも記載)
- 銀行・郵便局指定口座からの引き落とし

(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、又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々日までに事業者申し出下さい。
- 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、取消料として、下記の料金をお支払い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	1,000円 + 実費交通費(ヘルパーが訪問してしまった場合)

- サービス利用の変更・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契約者に掲示して協議します。

(6) サービスの終了

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

- ・当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむをえない事情により、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ヶ月前までに文章で通知いたします。
- ・自動終了
以下の場合には、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に入所した場合

- 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区分が、要支援、非該当（自立）と認定された場合
- 但し、要支援となられても、当事業所は予防訪問介護事業所としても指定を受けていますので、改めての利用も可能となりますので、ご相談ください。
- 利用者がお亡くなりになった場合

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、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、または事業所が破産した場合、利用者等は解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払を 1 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 30 日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが、当事業所や当事業所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、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

(7) 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。
ただし、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代してサービスを提供します。

② 訪問介護員の交替

- ・ ご契約者から訪問介護員の交替を希望する場合は、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。ただしご契約者から特定の訪問介護員の指名は出来ません。
- ・ 事業者からの訪問介護員の交替
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契約者及び家族等に対して、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。

③ サービス実施時の留意事項

- ・ 定められた業務以外の禁止
契約者は「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者には依頼することは出来ません。
- ・ 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契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

・備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は利用者負担と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、ご契約者にたい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
- 2, ご契約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
- 3, ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- 4, 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- 5, ご契約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
- 6, その他契約者もしくはその家族等におこなう迷惑行為

⑥仕事の内容

介護認定に基づいて作成されたケアプランに従った訪問介護援助・通院等乗降介助の援助をいたします。

⑦預かり金の処理

買物などを依頼され、利用者より現金を預かった場合は、収支明細書を作成し預かり金の残高が分かるようにして置くと共にその都度、報告をいたします。

⑧緊急時等における対応

訪問介護員等は、訪問介護の実施中に利用者の病状に急変、其の他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

⑨事故発生時の対応

当社は、万全の体制で指定居宅介護サービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、関係諸機関に連絡すると共に事故に遭われた方の救済、事故拡大の防止など必要な措置を講じます。

⑩自然災害・その他の災害時の対応

自然災害、及びその他の災害時において最善の努力を行いますが、道路事情・交通事情等にて伺えない場合、当社の判断にて緊急度の高い方からの対応をさせていただく場合がございます。自然災害・その他の災害時には大変ご迷惑をおかけいたしますが、ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。

⑪秘密の保持

・訪問介護員は業務上知り得た利用者又はその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らすような事はいたしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

利用者及び家族の情報について、同意を得た目的以外には使用しないこととし、適切に保管します。

- ・個人情報保護については、事業所内に掲示します。
- ・「個人情報に関する同意書」は文章による同意を得ます。

(7) 当事業所の取り組み

(虐待防止に関する事項)

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置

[虐待防止に関する責任者] 布川佳朋

(2) 成年後見制度の利用支援

(3) 苦情解決体制の整備

(4) 従業者に対する虐待の防止の啓発・普及するための研修の実施

(5) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(業務継続計画の策定等)

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当外業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。[業務継続計画に関する担当者：布川佳朋]

2 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。

3 事業所は、定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(感染症の予防及びまん延の防止のための措置)

事業所は、事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。[感染症に関する担当者：布川佳朋]

2 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図る。

3 事業所における感染症の予防及びまん延防止のため指針を整備する。

4 事業所において、サービス提供責任者・訪問介護員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修を定期的に行うものとする。

(職場におけるハラスメントの防止)

職場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」）の内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知啓発を行います。[ハラスメントに関する担当者：布川佳朋]

相談（苦情を含む）に対する担当者をあらかじめ定めること等により、相談者への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者、利用者等に周知を行います。

利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントにあたっては、相談に応じ適切に対応するために必要な体制整備、被害者への配慮のための取り組み及び被害防止のための取組の実施を行います。

(提供するサービスの第三者評価の実施状況について) 無

(9) 苦情処理の体制

苦情に対する常設窓口を設け、相談担当員を配置し、各サービス提供責任者が苦情に対しては詳しい状況の把握に努力し、その改善に力を注ぎ普段より苦情のないサービスを提供するよう努めます。

サービス内容に関する苦情

- ① 当社お客様相談・苦情及び訪問介護計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 小林周平	電話	027-223-8756
受付時間	毎週月～土	8:30～17:30

- ② サービス提供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	<u>区市町村名</u> 前 橋 市	担当 福祉部介護高齢課	電話 027-898-6132
	<u>区市町村名</u> 高 崎 市	担当 長寿社会課	電話 027-321-1319
	<u>区市町村名</u> 伊 勢 崎 市	担当 福祉部介護保険課	電話 0270-27-2742
	<u>区市町村名</u> 渋 川 市	担当 長寿社会部介護保険課	電話 0279-22-2111
	<u>区市町村名</u> 吉 岡 町	担当 介護福祉課介護高齢室	電話 0279-26-2247
	<u>区市町村名</u> 榛 東 村	担当 健康保険課介護保険係	電話 0279-54-2211
	群馬県国民健康保険団体連合会		電話 027-290-1323

同意書

令和 年 月 日

居宅訪問介護サービス提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたし、書類の交付をいたしました。

事業者 所在地 前橋市本町 3 丁目 1 番 23 号
名称 株式会社 小池ケアサービス
代表取締役 布川 佳朋

説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け了承し、書類の交付を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

私は、利用者本人に代わり重要事項の説明を理解し、契約に係わる事項に関して責任を持ち、了承し署名押印いたします。また、書類の交付を受けました。

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印