

「指定訪問介護」「第1号訪問介護」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。
(岐阜県指令東福第 36 号の 31)

当事業者はご契約者に対して訪問介護、第1号訪問介護(旧介護予防訪問介護に相当する訪問型サービス)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「要支援」「要介護」と認定された方、又は事業対象者が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会
- (2) 所在地 岐阜県恵那市大井町727-11
- (3) 電話番号 0573-26-5221
- (4) 代表者氏名 会長 宮地 政臣

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護(平成16年10月25日指定、第2171700236号)
第1号訪問介護(平成30年4月1日指定、第2171700236号)
- (2) 事業所の目的 訪問介護、第1号訪問介護は、介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)が、居宅において、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 恵那市社協ヘルパーステーション
- (4) 事業所の所在地 岐阜県恵那市大井町727-11
- (5) 電話番号 0573-20-2411
- (6) 事業所長(管理者)氏名 相原 恭子
- (7) サービス提供責任者 氏名 相原 恭子、井口 美紀、山本 由美
- (8) 開設年月 平成16年10月25日
- (9) 通常の事業の実施区域 恵那市全域
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	12月29日から1月3日を除く毎日とします (但し利用者の要請に基づき協議し、対応します)
受付時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前8時～午後6時(但し利用者の要請に基づき協議し対応します)

3. 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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1			1名	従業員及び業務の管理
2. サービス提供責任者	3			2名	申込みの調整及び計画作成
3. 訪問介護員	3	22	10.9	2.5名	訪問介護サービスの提供

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(例)週8時間勤務の訪問介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名(8時間×5名÷40時間=1名)となります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所は訪問介護員がご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス(契約書第4条、第9条参照)

サービスは法定代理受領サービスとして実施し、利用料の7割～9割を保険者が直接当事業所へ支払い、3割～1割(利用者負担分)をご契約者からお支払いいただきます。

〈サービスの概要と利用料金〉

- | |
|--|
| <p>○身体介護・・・入浴・排せつ・食事・着替え・移動等の介護を行います。</p> <p>○生活援助・・・調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をを行います。</p> <p>ご家族分の調理・洗濯・買い物は行えません。</p> <p>ご契約者が日常利用する部屋以外の部屋、庭掃除、窓拭き、大掃除などは行えません。</p> <p>預金・貯金の出し入れは行えません。</p> |
|--|

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)、介護予防サービス計画書又は介護予防ケアマネジメント(介護予防プラン)がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画又は介護予防訪問計画に定められます。

<利用料金>

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。

「訪問介護」1回につき

身体介護	内容略称	利用料金(円)	一割負担	二割負担	三割負担
20分未満	身体介護0	1,650	165	330	495
20分以上30分未満	身体介護1	2,480	248	496	744
30分以上1時間未満	身体介護2	3,940	394	788	1,182
1時間以上1時間30分未満	身体介護3	5,750	575	1,150	1,725

・以降30分を増すごとに83単位を算定

・引続き生活援助を行った場合の加算(20分から起算して25分ごとに加算。70分以上を限度とする)66単位

身体介護 + 生活援助	内容略称	利用料金(円)	一割負担	二割負担	三割負担
身体1+生活援助45分未満	身体1生活1	3,140	314	628	942
身体1+生活援助45分以上70分未満	身体1生活2	3,800	380	760	1,140
身体2+生活援助45分未満	身体2生活1	4,600	460	920	1,380
身体2+生活援助45分以上70分未満	身体2生活2	5,260	526	1,052	1,578

生活援助	内容略称	利用料金(円)	一割負担	二割負担	三割負担
20分以上45分未満の生活援助	生活援助2	1,810	181	362	543
45分以上の生活援助	生活援助3	2,230	223	446	669

「第1号訪問介護」1月につき

内容	名称	利用料金(円)	一割負担	二割負担	三割負担
週1回程度の利用が必要な場合	訪問型サービスⅠ	11,680	1,168	2,336	3,504
週2回程度の利用が必要な場合	訪問型サービスⅡ	23,350	2,335	4,670	7,005
週3回程度の利用が必要な場合	訪問型サービスⅢ	37,040	3,704	7,408	11,112

訪問型サービスⅢについては要支援2の方のみ利用可

「加算」

種類		利用料金(円)	一割負担	二割負担	三割負担
初回加算	初回訪問 1月につき	2,000	200	400	600
緊急時訪問介護加算	緊急時訪問 1回につき	1,000	100	200	300
生活機能向上連携加算Ⅰ	専門職との連携 1月につき	1,000	100	200	300
生活機能向上連携加算Ⅱ	専門職との連携 1月につき	2,000	200	400	600
特別地域訪問介護加算	所定単位の15%		一割	二割	三割
介護職員処遇改善加算Ⅴ	介護報酬総単位数×介護職員処遇改善加算Ⅲ5.5%より算出した単位(一単位未満の端数四捨五入)×80/100		一割	二割	三割

☆上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画 又は介護予防訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて 介護給付費体系により計算されます。

☆平常の時間帯(午前8時から午後6時)以外の時間帯でサービスを受ける場合には、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8時まで): 25%

☆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、ご契約者の同意のうえで通常利用料金の2倍の料金をいただきます。

*2人の訪問介護員でサービスを行う場合の例は次のとおりです。

- ・ 体重の重い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

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後は、そのサービス利用料金から自己負担額を控除した金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。又、居宅サービス計画、介護予防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。

☆社会福祉法人等利用者負担軽減確認証をお持ちの方は利用料金に減免率を乗じた額を利用料金から差し引いた額を自己負担額とします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第9条参照)

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、サービスの利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(3) 交通費(契約書第8条参照)

恵那市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。

(4) 利用料金のお支払方法(契約書第8条参照)

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月末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金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 下記金融機関の指定口座からの引落とし

市内の金融機関

イ. 納付書の通知による納付

(5) 利用の中止、変更、追加(契約書第9条参照)

○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又は変更、もしく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へ申し出てください。

○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提示して協議します。

○ご契約者がサービス利用当日に利用の中止を申し出された場合、または連絡がなかった場合、一回につき500円のキャンセル料をいただきます。ただしご契約者に緊急やむを得ない事由がある場合はこの限りではありません。(介護予防、総合事業は除く)

5. 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替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替(契約書第6条参照)

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相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、ご契約者からの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、契約者及びその家族に対してサービスの利用上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(契約書第7条参照)

① 定められた業務以外の禁止

契約者は「4.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

訪問介護サービス実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、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・意向等に十分配慮するものとします。

③ 備品等の使用(契約書第7条参照)

訪問介護サービス実施のためにサービスに必要な物品等(水道・ガス・電気を含む)の提供にご協力ください。

(4) サービス内容の変更(契約書第10条参照)

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、サービスの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) サービス提供における事業者の義務(契約書第12条、第13条参照)

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次の事を守ります。

①ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。

②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご契約者又はその家族等から聴取、確認します。

③サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。

④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

⑤サービス実施時に、ご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行

う等の必要な処置を講じます。

⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

⑦高齢者虐待防止法に基づきご契約者の人格を尊重しその職務を遂行します。

(6) 訪問介護員の禁止行為(契約書第14条参照)

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医療行為又は医療補助行為

②ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は物品等の授受

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業務中の飲酒及び喫煙

⑤業務以外の宗教活動、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行う迷惑行為

(7) 損害賠償について(契約書第15条、第16条参照)

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(8) サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結日から6ヶ月ですが、契約期間満了の3日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6ヶ月間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

(契約書第17条参照)

①ご契約者が死亡した場合

②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合

③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事務所を閉鎖した場合

④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください。)

⑦事業所から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照ください。)

(9) ご契約者からの解約・契約解除の申し出(契約書第20条)

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

- ②事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ご契約者が入院された場合
- ④ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める訪問介護サービスを実施しない場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(10)事業者からの契約解除の申し出(契約書第20条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

6. 苦情の受付について(契約書第21条参照)

(1)苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

* 恵那市社会福祉協議会 事業課 加藤 愛子
0573-26-5221(代)

* 恵那市社協ヘルパーステーション 管理者 相原 恭子
0573-20-2411

○苦情解決責任者 恵那市社会福祉協議会 常務 小林 規男
0573-26-5221(代)

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

(2)第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

名 前	連 絡 先
古山 昭次	電 話 0573-25-4489
鰻目 章	電 話 0573-43-2786

(3) 行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 介護保険担当課	所在地 岐阜県長島町正家 1-1-1 電話番号 0573-26-2111(内125) F A X 0573-25-7294 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課 苦情相談係	所在地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-275-9826・FAX058-275-7635 受付時間 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分
岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-278-5136・FAX058-278-5137 受付時間 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分

平成 年 月 日

訪問介護サービス、第1号訪問介護サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 恵那市社協ヘルパーステーション 説明者氏名 ㊟

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、訪問介護サービス、第1号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

㊟

代理人

㊟

平成 30 年 3 月作成