

訪問介護サービス重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 敬和会
- (2) 法人所在地 神奈川県厚木市下荻野 2 1 1 7 - 2
- (3) 電話番号 0 4 6 - 2 4 1 - 7 7 7 1
- (4) 代表者氏名 理事長 小島 操
- (5) 設立年月 昭和 5 7 年 5 月 7 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所・平成 1 2 年 3 月 1 日指定
事業所番号 神奈川県 1 4 7 2 9 0 0 1 1 5 号
- (2) 事業所の目的 要介護者等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ことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行うことを目的とする。
- (3) 事業所の名称 居宅介護支援センター けいわ荘
- (4) 事業所の所在地 神奈川県厚木市下荻野 2 1 1 7 - 2
- (5) 電話番号 0 4 6 - 2 4 1 - 7 7 7 1 (代表) 0 4 6 - 2 4 1 - 3 1 4 4 (直通)
- (6) 事業所長(管理者)氏名 関 紘太
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の自立支援を基本的な柱とし、「安らかなる老人の生き甲斐を守り育む」精神を重んじ、安心した生活ができるように努めます。又、職員の専門性を生かし、創造性と柔軟な思考で利用者や家族に信頼される介護に努めます。
- (8) 開設年月 平成 1 2 年 3 月 1 日
- (9) 営業(サービス提供)日及び営業(サービス提供)時間

営業(サービス提供)日	月曜日～土曜日(12/30～1/3を除く)
営業(サービス提供)時間	午前7時30分～午後5時30分

- (10) 従業者の勤務体制
管理者 1 名
サービス提供責任者 1 名
訪問介護員 常勤 3 名、非常勤 2 名
- (11) サービス提供地域
厚木市・愛川町・清川村

3. サービスの内容

- (1) 「訪問介護」は、利用者の居宅(自宅)において訪問介護員を派遣して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。
- (2) 事業者は、次のサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提

供します。

【サービス内容区分】

<身体介護>		<生活援助>
①起床介助	⑧食事介助	①調理
②就寝介助	⑨体位交換	②洗濯
③排泄介助	⑩服薬管理	③住居の掃除・整理整頓
④衣服の脱着	⑪通院等介助	④買い物
⑤整容介助	⑫自立支援の為の見守りの援助	⑤薬の受取り
⑥身体の清拭・洗髪		⑥衣服の入れ替え等
⑦入浴介助		⑦その他 ()

	曜日	時間帯	内容(身体介護)	内容(生活援助)
1	曜日			
2	曜日			
3	曜日			
4	曜日			
5	曜日			
6	曜日			
7	曜日			
8	曜日			
9	曜日			
10	曜日			
11	曜日			
12	曜日			

※訪問曜日、時間に関しては交通事情や事業所都合にて変更させて頂く場合があります。

変更の際は事前にご連絡させていただきます。

(3) サービス提供にあたっては、別添の「訪問介護計画書」に沿って計画的に提供します。

(4) サービス内容の詳細については、別添の「サービス内容詳細確認票」により利用者の希望を確認したうえで実施します。

※サービス内容変更させて頂く際には、必ず担当ケアマネジャーへ連絡し、ケアプランを変更して頂く必要がありますのでご了承下さい。

4. サービス提供の記録等

(1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問介護記録書」(別添様式例を参照)等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

(2) 事業者は、一定期間ごとに(又は1か月ごとに)「訪問介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「訪問介護記録書」等の記録を作成(完

成)して、利用者に説明のうえ交付(するとともに、居宅介護支援事業者に提出)します。
(3) 事業者は、前記の「訪問介護記録書」その他の記録を作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

5. サービス提供責任者等

(1) サービス提供の責任者(管理者、サービス・コーディネーター等)は、次のとおりです。
なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

サービス提供責任者氏名： 矢部 明子

連絡先(電話)：046-241-7771(代表)

046-241-3144(直通)

(2) サービスを提供する主な訪問介護員(ヘルパー)は次のとおりです。

なお、事業者の都合により訪問介護員を変更する場合は、サービス提供責任者から事前に連絡します。

主な訪問介護員の氏名：矢部明子、西澤このみ、金澤ひとみ、眞光つた代、服部真紀子

6. 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、別添利用料金表のとおりです。

(2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

(4) 利用者負担金は、毎月27日にご指定の金融機関の口座から引き落とします。

※又は毎回現金にてお支払い頂く事も可能です。

7. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先(又は前記のサービス提供責任者)までご連絡ください。

連絡先(電話)：046-241-7771(代表) 046-241-3144(直通)

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です)。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。事業所は事故及び事故に際してとった処置について記録をします。ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 相談窓口・苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当法人お客様相談コーナー	電話番号 046-241-7771 (代 表)
	046-241-3144 (直 通)
	fax番号 046-258-6166
	相談員 矢部 明子
	対応時間 9:00 ~ 17:30

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

厚木市介護保険課 : 電話番号 046-225-2240

愛川町高齢介護課 : 電話番号 046-285-6938

清川村保健福祉課 : 電話番号 046-288-3861

神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連) : 電話番号 045-329-3447

〃 電話番号 0570-022-110《苦情専用》

11. 秘密の保持

(1) 業務上知り得た契約者、利用者並びにその家族に対する個人情報並びに秘密事項については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合、正当な権限を有する官憲の命令による場合並びに別に定める文書(個人情報使用同意書)により同意がある場合に限り第三者に開示するものとし、それ以外の場合は、契約中及び契約終了後においても第三者に対して秘匿します。

(2) 職員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。また、職員でなくなっ

18. その他

- (1) 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応しますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。
- (2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
- ① ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください（生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です）。
- ② ヘルパーは、介護保険制度上、利用者（要介護者）の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承ください。
- ③ ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

指定訪問介護サービスの開始にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、それに対して同意を得て、書面を交付しました。

令和 年 月 日

居宅介護支援センター けいわ荘

説明者職名 _____ 氏名 _____ ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問介護サービスについて重要事項の説明を受け、それに対して同意をし、書面の交付を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

サービス内容詳細確認票

サービス区分	サービス内容・手順 (注：具体的な内容・手順を記入)	留意事項等 (介助の内容等を記入)
身 体 介 護	<input type="checkbox"/> ①起床介助 ○早朝又は朝、起床及びこれに伴う着替えや整容の介助等を行います。 ※介助の内容、程度等を確認	
	<input type="checkbox"/> ②就寝介助 ○夜間又は深夜、就寝のための着替え、おむつ着用等の介助等を行います。 ※介助の内容、程度等を確認	
	<input type="checkbox"/> ③排泄介助 ○おむつ交換、失禁の世話、採尿器や差し込み便器の介助、トイレやポータブルトイレへの移動介助又は見守り・誘導などを行います。 ○利用する器具等 <input type="checkbox"/> ア) トイレ誘導 <input type="checkbox"/> イ) ポータブルトイレ(後始末含む) <input type="checkbox"/> ウ) 採尿器具利用(後始末含む) <input type="checkbox"/> エ) おむつ交換	
	<input type="checkbox"/> ④衣服の着脱介助 ○寝間着や日常着の着脱の介助を行います。なるべく利用者が自分でできるように配慮しながら行います。	
	<input type="checkbox"/> ⑤整容介助 ○身繕いを整えることを介助します。整髪、美容、爪切り等が含まれます。	爪切り→爪そのものに異常がなく、爪周囲の皮膚とも化膿や炎症がないものに限ります。
	<input type="checkbox"/> ⑥身体の清拭・洗髪 ○身体を清潔に保つため、全身又は部分的に体を拭きます。洗髪、手浴、足浴など頭髪や手足を直接洗うことも含まれます。 ○利用者の身体状況や居住環境によって、お湯の温度や暖房等に配慮します。 ※具体的な内容、手順、場所等を確認	
	<input type="checkbox"/> ⑦入浴介助 ○浴室への誘導や見守り、入浴中の洗浄等を行います。ただし、本人が全く自立で移動できない場合等には、入浴サービス等の他のサービスが必要です。 <input type="checkbox"/> ア) 医師等の入浴許可の確認 <input type="checkbox"/> イ) 入浴介助の手順、場所等の確認	

<input type="checkbox"/> ⑧食事介助	<p>○食事の介助で、全面介助、一部介助又は見守りを行います。配膳から後片づけまで含まれます。</p> <p>□ア) 全介助 □イ) 一部（半介助） □ウ) 見守り □エ) 特段の専門的配慮をもって行う調理</p>	<p>□エ) 特段の専門的配慮をもって行う調理 嚥下困難者の為の流動食等の調理 ※管理栄養士の居宅療養管理指導に沿った調理</p>
<input type="checkbox"/> ⑨体位変換	<p>○じょくそうの防止等のために、一日何回か体位変換を行う際の介助を行います。身体状況に合わせて行います。</p>	
<input type="checkbox"/> ⑩服薬管理の支援	<p>○医師の指示の下に服薬管理を行う場合の支援を行います。</p>	
<input type="checkbox"/> ⑪通院等の介助	<p>○病院への通院、買い物等のための外出の際に付き添います。利用者の身体状況によって車いすでの移動や歩行の介助を行います。</p> <p>○利用者及びヘルパーの交通費は、原則として利用者負担となります。 ※範囲、内容、手段・交通費等の確認</p>	
<input type="checkbox"/> ⑫自立支援の為の見守りの援助	<p>○ともに行う調理 ○ともに行う家事（掃除・洗濯）</p> <p>○ともに行う買い物同行</p> <p>○生活歴の喚起、意欲、関心の引き出し</p>	<p>○安全確認の声掛け、疲労の確認をしながら利用者と一緒に行います。 ○利用者に品物を選べるように援助します。 ○整理整頓や買い物品等一緒に考え、相談し、確認等します。</p>
生 活 <input type="checkbox"/> ①調理	<p>○利用者のための食事の調理、配膳、食後の後かたづけ、食品の管理を行います。利用者以外の家族等の食事の調理は含まれません（介護保険外のサービスとなります）。</p> <p>2. 配膳や後かたづけの方法について □ア) 配膳の場所の確認 □イ) 後かたづけの方法 □ウ) 食物の保管等について ※冷蔵庫の□有・□無</p>	

<input type="checkbox"/> ⑤薬の受け取り	<input type="radio"/> 病院等への薬の受け取り 1. 受け取りの頻度、病院名等の確認 ア) 受け取り頻度 () イ) 病院名 (診療科目) ウ) 薬代の支払い等について (金銭取り扱いの確認) ()	
<input type="checkbox"/> ⑥衣服の入れ替え等	<input type="radio"/> 季節の変わり目における衣服の入れ替え、寝具の交換等を行います。	衣服の入れ替えやボタンつけ、破れの補修等 短時間でできる範囲内に限ります。
<input type="checkbox"/> ⑦その他		

利用料金表

令和 4年 10月 1日

【指定訪問介護サービス費】

(1回あたりの自己負担額＝一割ご負担の場合)

身体介護	サービス提供時間	利用単位数：特Ⅱ	負担額
身体介護 1	30分未満	275単位	366円
身体介護 2	1時間未満	436単位	578円
身体介護 3	1時間30分未満	637単位	845円

身体・生活援助	身体介護を含めたサービス提供時間	利用単位数	負担額
身体 1 生活 1	1時間	349単位	463円
身体 1 生活 2	1時間30分	422単位	561円
身体 2 生活 1	1時間30分	509単位	676円
身体 2 生活 2	2時間	583単位	774円
身体 3 生活 1	2時間	711単位	943円

生活援助	サービス提供時間	利用単位数	負担額
生活援助2	45分未満	201単位	268円
生活援助3	45分以上	248単位	330円

加算	* 初回加算 (初回月のみ)	200単位	266円
	* 緊急時訪問介護加算 (1回につき)	100単位	132円
	* 生活機能向上連携加算 (3ヶ月目標とし算定は初回のみ)	100単位	132円
	① 介護職員処遇改善加算 I	13.70%	
	② 介護職員等特定処遇改善加算 I	6.30%	
	③ 介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%	

上記の利用料金は、利用単位数にそれぞれの加算①②③を掛け合わせた数字に、地域加算(10.84円)を掛けたものです。

***端数処理により、多少前後する場合がございます。**

※ 同一建物敷地内に居住されるご利用者は「10%減算」となります

※ 介護保険負担割合証で、2割・3割負担と記載されている方は、それぞれのご負担額となります。