

訪問介護サービス重要事項説明書

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 078-914-9111

連絡先 恵泉総合ケアセンター 明石事業所 介護サービス相談窓口

* ご不明な点は、おたずね下さい。

2. 法人の概要

法人格 社会福祉法人

法人名 明石恵泉福祉会

代表者職名 理事長

代表者氏名 藤本眞美子

所在地 明石市大久保町大窪2818-3

連絡部署 事業所本部 078-938-3210

法人が行っている他の業務

特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 認知症対応型共同生活介護

ケアハウス 短期入所生活介護事業 短期入所療養介護

サービス付高齢者住宅 訪問介護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ

認知症対応型通所介護 居宅介護支援事業 診療所 介護初任者研修事業

保育所 一時預かり事業 障害福祉サービス事業 移動支援事業

地域包括支援センター

3. 恵泉総合ケアセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	恵泉総合ケアセンター 明石事業所
所在地	明石市荷山町1855-11
介護保険指定番号	訪問介護 (兵庫県 2872001116)
事業所管理者名	原田 弘恵
事業所開設年月日	平成15年5月1日
サービスを提供する地域 *	明石市東部・神戸市西区一部

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		事業の統括
サービス 提供責任者	介護福祉士 介護福祉士実務者研修修了者	1名以上		ヘルパー管理及び 教育指導
従事者	介護福祉士 介護職員初任者研修修了者 介護福祉士実務者研修修了者	常勤換算2.5名以上		介護業務

●事業の目的

ご利用者様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訪問介護サービスを提供します。

●運営の方針

事業者の訪問介護員は要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事ができる入浴、排せつ、食事の介助その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日	～	金曜日
営業時間	午前 9 時	～	午後 5 時 30 分
サービス提供日	月曜日	～	土曜日
サービス提供時間	午前 8 時	～	午後 7 時

＊ ただし、年末年始（12/29～1/3）は、休みになるケースもあります。

(4) 対象者の方への提供するサービス

①	要介護認定の方	利用料金が介護保険から給付される場合
②	自立の方及び利用限度額超過の方	自立支援料金を利用者に負担いただく場合

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

身体介護	入浴・排泄・清拭・食事・通院・体位変換・見守りの援助等の介助
生活援助	調理・洗濯・掃除・買い物・寝具整備等の日常生活上のお世話

(2) サービスの内容（下記のサービス内容は、主な業務になります。）

①身体介護

- 入浴介助 入浴の介助を行います。
- 排泄 排泄の介助、おむつ交換を行います。
- 清拭 入浴が困難な方は清拭を行います。
- 食事介助 食事の介助を行います。
- 通院介助 通院の介助を行います。
- 体位変換 体位の変換を行います。
- 見守りの援助 自立生活支援・重度化防止の為の援助を行います。

②生活援助

- 調理 利用者の食事の用意を行います。
(ご家族の調理は行いません)
- 洗濯 利用者の衣類等の洗濯を行います。
(ご家族の洗濯は行いません)
- 掃除 利用者が日常的に使用する場所の掃除を行います。
(大掃除にあたる窓ふき・エアコン・庭掃除等を行いません)
- 買い物 利用者の必要になる物品の買い物をします。
(預金・貯金の引出しや預け入れは行いません)
- 寝具整理 シーツ、枕カバーの取り替え等衛生的な寝具整備を行います。

(3) 恵泉訪問介護サービスの特徴

- 明石市全域初の在宅サービス業務委託を、実施してきた実績を持って円滑に介護保険制度に対して、利用者に訪問介護サービスを実施します。
- 恵泉の高度な介護技術と知識を持った優秀なヘルパーを派遣します。
- 利用者の希望に沿ったサービスを提供します。
- 明石市東部、神戸市西区一部等の広範囲なヘルパー派遣ができます。
- 利用者の方に安心と満足が届けられているか介護相談員の定期訪問を実施します。
- 利用者限度額超過の方のサービス要望に対応します。
- その他恵泉総合ケアセンターのサービス機関も合わせて、ご相談承ります。

(4) 利用料金

それぞれのサービスについて、平常の時間帯の基本料金は次のとおりです。

ご利用の際には介護保険負担割合に応じて利用料の1割から3割をご負担いただきます。

	サービスに要する時間	単位数	利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
身体介護	20分未満(身体介護01)	223	2,323円	233円	465円	697円
	20分以上30分未満 (身体介護1)	334	3,480円	348円	696円	1,044円
	30分以上1時間未満 (身体介護2)	530	5,522円	553円	1,105円	1,657円
	1時間以上(身体介護3)	777	8,096円	810円	1,620円	2,429円
	1時間を超えて30分を 増すごとに	112	1,167円	117円	234円	351円

	サービスに要する時間	単位数	利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
生活援助	20分以上45分未満 (生活援助2)	245	2,552円	256円	511円	766円
	45分以上	301	3,136円	314円	628円	941円

	サービスに要する時間	単位数	利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
身体介護に 引き続き 生活援助の 場合	身体介護1に引き続き 生活援助を20分以上 45分未満行った場合 (身体介護1生活援助1)	423	4,407円	441円	882円	1,323円
	身体介護1に引き続き 生活援助を45分以上 70分未満行った場合 (身体介護1生活援助2)	512	5,335円	534円	1,067円	1,601円
	身体介護1に引き続き 生活援助を70分以上 行った場合 (身体介護1生活援助3)	601	6,262円	627円	1,253円	1,879円
	身体介護2に引き続き 生活援助を20分以上 45分未満行った場合 (身体介護2生活援助1)	619	6,449円	645円	1,290円	1,935円
	身体介護2に引き続き 生活援助を45分以上 70分未満行った場合 (身体介護2生活援助2)	708	7,377円	738円	1,476円	2,214円

- ・単位数は、所定単位数に特定事業所加算Ⅱ(10%)・処遇改善加算Ⅰ(24.5%)が加算された単位数で表示しています。
- ・新規に訪問介護計画を作成し、サービス提供責任者が訪問した月は初回加算(200単位)を請求させていただきます

☆ 上記サービスの利用料金は、実際サービスに要した時間ではなく、訪問介護に基づき決定されたサービス内容を行う為に標準的に必要となる時間に沿って介護給付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時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は、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7時まで）・・・・・・ 25%
- ・早朝（午前7時から午前8時まで）・・・・・・ 25%

☆ 他の業務内容で、身体的重度の介護等を要する介護サービスを行う場合は、利用者との契約同意の上で、通常の2人分の料金となります。

(5) 利用料金のお支払方法

- 利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに利用者に請求書を送付しますので、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払ください。

ア ご指定の金融機関からの自動引き落とし

イ 現金でのお支払

アの自動引き落としを選択していただいた場合、口座振替申込書を提出いただく時期によっては引き落とし処理が間に合わず、料金の請求が翌月に繰り越しになり当月分と翌月分の利用料金を合算して引き落とし処理をさせていただく場合がございますのでご了承ください。

(6) 利用の中止

- 利用者が、サービス実施日当日になって利用の中止を申し出た場合、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。

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	介護報酬相当額の50%

* 但し、利用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。

* また、自然災害等で警報が発令された場合は、ヘルパー派遣の中止があります。

(7) 交通費

- 前記3の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は、無料です。
- 通常の事業の実施地域を超えて行う指定訪問介護に要した交通費は実費を徴収させていただきます。

① 通常の事業実施地域を越えた時から片道3km未満 100円

② 通常の事業実施地域を越えた時から片道3km以上 200円

5. サービス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。但し、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

① 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、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事があります。
訪問介護員を交替する場合は、利用者およびその家族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

① 定められた業務以外の禁止

- ・ 利用者は、前記4の(2)のサービス内容で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼する事は出来ません。

② 訪問介護サービス実施に関する指示・対応

- ・ 訪問介護サービスの実施に関する指示・対応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等(水道・ガス・電気含む)は無償で使用させていただきます。

(4) 訪問介護員の禁止行為

- ・ 訪問介護員は、利用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 ※介護職員に認められた医療行為を除く
- ② 利用者もしくはその家族等からの高価なサービスの提供
- ③ 利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者及び第三者の生命又は身体を保護する為の緊急やむを得ない場合を除く)

6. 苦情担当窓口

①介護サービスに関する苦情は下記までご連絡ください。

明石事業所 原田 弘恵 078-914-9111
受付時間 平日の午前9時から午後5時30分

②各市町村の介護保険課（各市役所または区役所にお問い合わせください）

高齢者総合支援室 078-918-5091

③明石市福祉局福祉政策室福祉施設安全課 078-918-5279

④兵庫県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口

078-332-5617

★当事業所の訪問介護により契約者に生じた損害については、事業者はその損害を補償します。

加入保険会社 ひょうご福祉サービス 損害補償制度

7. 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は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

主治医	病 院 名	主治医：
	電 話 番 号	
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

8. 虐待防止

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために高齢者虐待防止委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者(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します。

9. 身体拘束

身体拘束の禁止 原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に契約者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10. 衛生管理

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。

感染症の発生、その発生を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか指針の整備、研修および訓練を実地します。

また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画(BCP)に基づいて対応します。

11. ハラスメント

事業者は介護サービス提供時に性的な言葉、又は身体的暴力等の行為があった場合、状況によっては介護サービスの提供を停止させて頂く場合があります。

12. 事業継続計画

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え業務継続計画(BCP)を作成し研修及び訓練を行います。また常に関係機関と連絡を密にし、非常災害時には必要な措置を講じます。

13. サービスの第三者評価

サービスの第三者評価実施はありません

令和 年 月 日

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。

恵泉総合ケアセンター 明石事業所

TEL 078-914-9111

FAX 078-914-9121

説明者職名 サービス提供責任者 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、訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

契 約 者（利用者）

住 所

氏 名 印

契約者は、署名が出来ない為契約者本人の意思を確認の上、私が契約者に代わって署名を代行します。

署名代行者

氏 名 印

