

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業（訪問型サービス(独自)）重要事項説明書

当事業所が利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当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とおり説明します。

1. 事業者

法人名	一般社団法人 コミュニケーションセンターかしわ
法人所在地	千葉県柏市名戸ヶ谷483番地
電話番号	04-7163-2945
代表者氏名	代表理事 木村 正己
設立年月日	平成22年4月1日

2. 事業所の概要

名称	訪問介護ステーションこみせん
所在地	千葉県柏市柏6-10-22
介護保険指定番号	No.1272203991
管理者名	丸山 紀子
電話番号	04-7164-8118 (FAX兼用)
開設年月日	平成24年8月1日

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他の関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 事業所のサービスの特色

コミュニケーションを重視し、信頼関係を築くことを大切に考えます。聞こえない（ろう者）ホームヘルパーや、手話や要約筆記のできる介護福祉士やホームヘルパーもおりますので、聞こえない・聞こえにくい方にも対応できます。

また、訪問介護員に対して定期的に研修を行い、技術向上のための研鑽に努めております。

5. 事業の実施地域

柏市（地域以外の方でもご希望の方はご相談ください）

6. 営業時間

月～金（ただし、祝祭日・年末年始を除く）	午前9：00～午後5：00
----------------------	---------------

7. サービス提供時間

月曜日～日曜日（但し、年末年始を除く）	午前6：00～午後10：00
---------------------	----------------

8. 事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
サービス提供責任者	介護福祉士			
サービス従業者	介護福祉士		2名	2名
サービス従業者	実務者研修修了者		3名	3名
サービス従業者	ヘルパー2級修了者		4名	4名

9. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用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、下記の場合があります。

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

(1) 対象となるサービス

【サービスの概要と利用料金】

○身体介護 入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等に関する日常生活上の自立支援を行います。
 ※上記のサービスは、例えば利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

☆ サービスの実施頻度は、サービス計画（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、サービス計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

【第1号訪問事業（訪問相当サービス）の利用料】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービス (独自) I (1月につき)	週1回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	12,254円	1,226円	2,452円
訪問型サービス (独自) II (1月につき)	週2回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	24,477円	2,448円	4,896円
訪問型サービス (独自) III (1月につき)	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援2)	38,835円	3,884円	7,768円

☆ 上記の基本料金は、厚生労働大臣が告示で決める介護予防訪問介護の金額に相当する金額であり、介護予防訪問介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改正されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

☆ 利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、ケアプランがある場合には、それを踏まえたサービス計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービスに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ 利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、支援事業者と調整の上、支給区分の変更、ケアプランの変更又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

☆キャンセル料

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス(独自)）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,084 円	209 円	417 円
介護職員処遇改善加算 Ⅰイ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 27.0%を 加算		
介護職員処遇改善加算 Ⅰロ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 28.7%を 加算		
介護職員処遇改善加算 Ⅱイ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 24.9%を 加算		
介護職員処遇改善加算 Ⅱロ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 26.6%を 加算		
介護職員処遇改善加算 Ⅲ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 20.7%を 加算		
介護職員処遇改善加算 Ⅳ		上記基本部分と各種加算減算の合計の 17.0%を 加算		

(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、利用料金の全額が利用者の負担となります。

複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

(3) 交通費

柏市内にお住まいの方は、交通費は無料です。ただし柏市以外の地域にお住まいの方が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て要した交通費をいただきます。

(4) 利用料金のお支払方法

前記(1)～(3)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までにご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。なお、銀行振込の場合は、振込手数料は利用者のご負担とさせていただきます。

お支払いいただきますと領収証を発行します。

- ① 現金による支払い
- ② 下記指定口座への振込み
千葉銀行 柏市役所出張所 普通預金 3041685
口座名 : 一般社団法人 コミュニケーションセンターかしわ
代表理事 西田悦子

(5) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、サービスの中止又は変更、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実施日の前日午後5時までに事業者申し出て下さい。

ただし、サービスの変更・追加の申し出については訪問介護員の稼働状況により、希望する日時に提供できないことがあります。この場合、他の利用可能日時を提示して、協議させていただきます。

(連絡先 TEL : FAX 04-7164-8118)

10. 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、実際のサービスの提供にあたっては、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には、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、利用者から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。

訪問介護員を交替をする場合は、利用者及びその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に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 サービスの実施に関する指示・命令

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。

ただし、事業者は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。

② 備品等の使用

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）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事務所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

③ その他

誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いをご遠慮ください。

(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

② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④ 利用者の同居家族に対するサービス提供

⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）

⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑦ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為

（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑧ 利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

1 1. 事故発生時の対応について

当事業所は、事故対策委員会の設置、開催、従業員に対する研修を行っています。

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、相談支援員、市町村等に連絡を行い必要な措置を講じます。

1 2. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり行っています。

① 虐待防止に関する委員会の設置と開催、指針の整備、受付窓口・責任者の選定

- ② 成年後見制度の利用の支援
- ③ 苦情解決体制整備
- ④ 従業者に対し、虐待防止のための研修等の実施と周知徹底
- ⑤ サービス提供中に、虐待と思われる事項を発見した場合は、速やかに関係者、市町村等に通報します。
(状況・経過等を虐待相談受付票に記載)

1 3. 身体拘束について

当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。

ただし、自傷他害等のおそれがある場合など利用者本人または他人の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合は下記の要件をすべて満たし利用者に対し説明し同意を得て行う場合があります。

その場合は、態様、経過観察、検討内容等の記録と保存を行います。

- ① 切迫性…直ちに行わなければ利用者本人または他人の生命に危険が及ぶことが考えられる場合
- ② 非代替性…身体拘束等以外に代替する介護方法が無い場合
- ③ 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば直ちに身体拘束を解く場合

身体拘束適正化を含めた虐待防止委員会を設置・開催し、従業者に対する研修の実施と周知徹底を行っています。

1 4. 衛生管理について

当事業所は、衛生管理・感染対策のため、下記のとおり行います。

- ① 訪問介護員等の清潔の保持、及び健康状態管理
- ② 事業所の設備・備品等の衛生的な管理
- ③ 感染症の予防・蔓延防止のための委員会設置、開催、従業員に対する研修及び訓練の実施

1 5. 業務継続計画(自然災害・感染対策)について

当事業所は、委員会の設置と開催を実施し、下記のとおり行います。

自然災害・感染症の発生時において、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、及び早期業務開催を図るための計画を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。また従業者に対して研修・訓練等を行い周知徹底します。業務継続計画は定期的又は必要に応じて見直します。

16. ハラスメントについて

当事業所は、介護現場で働く職員の安全と安心して働ける労働環境が築けるようハラスメント防止に取り組み、職員に対し定期研修と周知徹底を行います。事業所内外において行われる優越的な関係を背景とした言動、下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つける、おとしめる行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は当事業所職員、関係事業者、ご利用者及びその家族等が対象です。

ハラスメントが発生した場合は、委員会等で検討し、関係機関への連絡、相談、必要な措置、再発防止策等を講じます。

17. 苦情・虐待に関する相談等受付窓口

- (1) 当事業所内苦情受付 TEL : FAX 04-7164-8118

苦情・虐待等相談受付担当者 管理者 丸山 紀子

苦情解決責任者 法人理事 伊丹 信子

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

柏市役所 指導監査課 TEL : 04-7168-1040

(介護事業者担当) FAX : 04-7162-0585

- (3) 千葉県国民健康保険団体連合会 TEL : 043-254-7428

令和 年 月 日

上記サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

訪問介護ステーションこみせん

説明者 職名 サービス提供責任者

氏名.....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、指定介護予防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.....印

私は、本人の同意意思を確認し署名代行いたしました。

署名代行者 住所.....

氏名.....印

※利用者との関係 ()